

Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050

Blinkert, Baldo; Klie, Thomas; Roloff, Juliane

Veröffentlichungsversion / Published Version

Gutachten / expert report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Blinkert, B., Klie, T., & Roloff, J. (2001). *Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050*. Freiburg im Breisgau: Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft (FIFAS) e.V.. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-351012>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050

Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages

PD Dr. Baldo Blinkert, Institut für Soziologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Prof. Dr. Thomas Klie, Evangelische Fachhochschule, Hochschule für Soziale Arbeit und Diakonie, Freiburg
unter Mitarbeit von Dr. Juliane Roloff, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden

März 2001

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
Teil I: Ausgangsbedingungen	5
1. Bevölkerungsentwicklung und Zahl der Pflegebedürftigen	7
2. Demographische Veränderungen mit Einfluß auf die Entwicklung des “informellen Pflegepotentials” (bearbeitet von Juliane Roloff)	12
3. Pflegearrangements unter den Bedingungen des Basisjahrs 1998	19
Teil II: Modelle und Szenarien	22
1. Modell zur Ermittlung von Schätzwerten für die Auswirkungen sozialer und demographischer Entwicklungen auf Pflegearrangements	23
Exkurs: Warum ist gerade die von uns gewählte Funktion für die Abhängigkeit der Heimquote vom Pflegepotential sinnvoll?	34
2. Szenarien zur Schätzung der Auswirkung von demographischen und sozialen Veränderungen auf Pflegearrangements	37
Szenario 1: Pflegearrangements ohne Berücksichtigung von Veränderungen des Pflegepotentials	37
Szenario 2: demographische Veränderungen bei stagnierendem gesellschaftlichem Wandel - keine Veränderung der Erwerbsquoten von Frauen	40
Szenario 3: demographische und gesellschaftliche Veränderungen - Zunahme der Erwerbsbeteiligung von Frauen	48
3. Zwischenbilanz: Was ist zu erwarten?	57
4. Was wäre, wenn Erwerbstätigkeit und Pflegen sich besser vereinbaren ließen?	62
Szenario 4: Verbesserte Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflegen	62
5. Personalszenarien	73
Teil III: Optionen für eine gestaltende Pflegepolitik	81
1. Familienpflege versus professionelle Pflege - Anmerkungen zur Abgrenzung	81
2. Optionen für eine künftige Pflegepolitik	85
Option 1: Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	85
Option 2: Den bisherigen Erfolg der Pflegeversicherung kritisch reflektieren	89
Option 3: Vermeidung von Heimsog-Effekten	92
Option 4: Flexibilisierung und (partielle) Deregulierung des ambulanten Sektors	95

Option 5: Bildungsoffensive	98
Option 6: Stärkung des tertiären Sektors	99
Option 7: Aufbau einer case management-Infrastruktur	103
Option 8: Zur neuen Bedeutung kommunaler Alten- und Pflegepolitik	104
3. Zusammenfassung	106
Literaturverzeichnis	114
Anhang 1: Veränderung gesellschaftlicher und kultureller Bedingungen und die Situation von Pflegebedürftigen	119
Anhang 2: Vorschläge und Ergebnisse von Juliane Roloff:	125
a. Erwerbsquoten von Frauen	
b. Familienstand in den Altersgruppen 60 Jahre und älter	

Einleitung

Der demographische und soziale Wandel wird die Bedingungen einer zukünftigen Sicherung der Pflege in quantitativer und qualitativer Hinsicht grundlegend verändern. Von besonderer Bedeutung für Fragen der zukünftigen Sicherung der Pflege ist es, ob und inwieweit auch in der Zukunft die Basis der Pflegesicherung heute, die familiäre Pflege, auch in Zukunft vorausgesetzt bzw. erwartet werden kann und in welcher Weise und in welchem Umfang professionelle Pflege sowohl in häuslichen als auch in stationären Pflegearrangements in qualitativer und quantitativer Hinsicht einen Beitrag zur Pflegesicherung zu leisten hat. Die Pflegeversicherung geht vom Primat familiärer häuslicher Pflege aus und sieht professionelle Hilfe im ambulanten Sektor begleitend und unterstützend, im vollstationären Sektor hingegen als die familiäre Unterstützung substituierend an. Ziel dieser Expertise ist es, verschiedene Szenarien zur zukünftigen Entwicklung des Verhältnisses von familiärer und professioneller Pflege¹ unter den durch die Pflegeversicherung vorgegebenen Rahmenbedingungen zu entwerfen. Dabei berücksichtigen wir die prognostizierten demographischen Veränderungen und die damit einhergehenden Veränderungen im Umfang der zu versorgenden Pflegebedürftigen. Grundlagen dafür sind einerseits die vorliegenden Bevölkerungsvorausberechnungen bis zum Jahr 2050². Andererseits gehen wir von den bekannten und weitgehend stabilen altersspezifischen Pflegebedürftigkeitsquoten aus.

Im Verlauf der demographischen Entwicklung bis 2050 wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen verändern. Bedingt durch demographische und soziale bzw. kulturelle Veränderungen ist aber auch mit einer Veränderung des informellen Pflegepotentials zu rechnen und damit auch mit sich wandelnden Voraussetzungen für Entscheidungen zu bestimmten Pflegearrangements.

Bedeutsam sind insbesondere solche Entwicklungen, die sich als "Trend zur Individualisierung" beschreiben lassen bzw. mit einem solchen Trend korrelieren:

- Veränderungen von Familien- und Haushaltsformen und als Folge davon Abnahme des Anteils älterer Menschen, die im Alter mit anderen zusammenleben;
- abnehmende soziale Verankerung in informellen Netzwerken;
- Wertewandel und die Veränderung sozialer Milieus und
- die Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit

Für die Versorgungschancen von Pflegebedürftigen spielen diese gesellschaftlichen Veränderungen insofern eine Rolle, als sie auch eine veränderte Bedeutung informeller

¹ Wir verstehen darunter, die beruflich erbrachte Pflege - zur Problematisierung des Begriffs "professionelle Pflege" vgl. Teil III unserer Expertise.

² Da unserem Gutachten die neueste Bevölkerungsvorausberechnung bis zum Jahr 2050 vorliegt, haben wir unsere Modelle und Szenarien für diesen Zeitraum und nicht, wie in dem Auftrag ursprünglich vorgesehen, bis 2040 konzipiert. Da diese Erweiterung auch die Ergebnisse für 2040 beinhaltet und das dem Auftraggeber auch mitgeteilt wurde, erschien uns diese Interpretation unseres Auftrags sinnvoll.

Unterstützungsnetzwerke erwarten lassen: Eine von uns in Baden-Württemberg durchgeführte Untersuchung ("Freiburger Pflegestudie") zeigt, daß Pflegearrangements und die Art und Weise, wie die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden, außerordentlich stark davon abhängen, ob und in welcher Weise ein informelles Unterstützungsnetzwerk zur Verfügung steht. (Blinkert, B., Klie, T., 1999) Die von uns unterschiedenen Typen ("stabil", "labil", "prekär") korrelieren sehr stark mit der Familien- bzw. Haushaltsform und es sind deutliche Anzeichen dafür erkennbar, daß im Zuge des sozialen Wandels die labilen und prekären Konfigurationen zunehmen.

Besonders bedeutsam für das gewählte Pflegearrangement ist auch die Erwerbstätigkeit von Frauen, die wiederum sehr stark einerseits mit dem Bildungsmilieu und der erreichten beruflichen Qualifikation korreliert, andererseits aber auch abhängig ist von der allgemeinen Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt.

Aus einer von uns vor kurzem abgeschlossenen Studie geht hervor, daß "pflegekulturelle Orientierungen" - die Bereitschaft zur häuslichen Versorgung von Angehörigen - sehr deutlich mit sozialen Milieus variieren. (Blinkert, B., Klie, T., 2000) Die Ergebnisse dieser Forschung sind vor allem deshalb in hohem Maße aussagekräftig, weil sie sich auf die Altersgruppe der 40- bis 60-jährigen beziehen, also auf jene Gruppe der Bevölkerung, die sich in *absehbarer* Zeit mit dem Problem der Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger auseinandersetzen muß. Die Ergebnisse zeigen, daß Bereitschaften zur häuslichen Pflege am stärksten in den Milieus anzutreffen sind, die im Verlauf des sozialen Wandels zunehmend an Bedeutung verloren haben und nahezu für alle gilt, daß die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen nur über ein "Pflegemix"³ als realisierbar eingeschätzt wird.

Für alle diese hier als bedeutsam aufgeführten sozialen, ökonomischen und kulturellen Bedingungen kann es bis zum Jahr 2050 keine exakten Prognosen geben. Über die Veränderung der Erwerbstätigkeit von Frauen liegen zwar Annahmen vor⁴, das gleiche gilt auch für den Wandel von Familien- und Haushaltsstrukturen und damit für die Frage nach den Chancen einer Verfügbarkeit über Netzwerke. Diese Annahmen sind aber keineswegs als sicher zu betrachten. Auch die Entwicklung von sozialen Milieus läßt sich nicht mit einer ähnlichen Sicherheit vorhersagen, wie demographische Veränderungen.

Hinzu kommt, daß sich auch für die Gegenwart und Vergangenheit nicht genau abschätzen läßt, welche Effekte von diesen Bedingungen auf die Art der Versorgung von Pflegebedürftigen ausgehen. Das hat verschiedene Gründe. Zunächst ist festzustellen, daß es die Pflegeversicherung noch nicht lange genug gibt und daß deshalb die für Effektanalysen erforderlichen Zeitreihen noch gar nicht vorliegen. Dann ist zu berücksichtigen, daß viele dieser Bedingungen als "Paket" wirksam sind und sich deshalb die Bedeutung einzelner Faktoren nicht schätzen läßt. Diese

³ Als "Pflegemix" bezeichnen wir Kombinationen aus beruflicher und familiärer Pflege, gegebenenfalls auch ergänzt durch andere Formen der Versorgung. (Blinkert/Klie, 2000, S. 238 f)

⁴ Vgl. dazu Fuchs, J., Thon, M. (1999); Ausführungen von Juliane Roloff in diesem Bericht

Bedingungen korrelieren z.T. so hoch, daß mit statistischen Methoden der Einfluß einzelner Faktoren nicht isolierbar ist. Außerdem sind gesellschaftliche Veränderungen, die sich mit Begriffen wie "Individualisierung" oder "Veränderung sozialer Milieus" beschreiben lassen, nur sehr ungenau meßbar. Diese geringe Genauigkeit hängt nicht allein vom Entwicklungsstand sozialwissenschaftlicher Methoden ab, sondern ergibt sich schon allein daraus, daß die mit diesen Begriffen bezeichneten Phänomene in der Wirklichkeit selber ungenau sind und keine klaren Konturen haben.

Dennoch sind alle hier zu berücksichtigenden Bedingungen von größter Bedeutung für die Art und Weise, wie die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen gegenwärtig und künftig gehandhabt wird. Berücksichtigen lassen sich ihre Effekte aber nur in sehr groben Schätzungen. Das versuchen wir durch die Formulierung verschiedener Szenarien, in denen Entwicklungspfade angenommen werden, die zwar von den derzeit wirksamen sozialen, ökonomischen und kulturellen Bedingungen abweichen, aber zumindest als Trend schon gegenwärtig beobachtbar sind.

Das *Szenario 1* geht davon aus, daß sich das informelle Pflegepotential im Zeitverlauf nicht verändert und daß die Anteile für verschiedene Pflegearrangements sich allein auf die Veränderung der Alterszusammensetzung von Pflegebedürftigen zurückführen lassen.

In *Szenario 2* wird berücksichtigt, daß demographische Entwicklungen und schon jetzt erkennbare Veränderungen im Bereich von Ehe und Familie - zunehmender Anteil von allein lebenden Pflegebedürftigen - auch das informelle Pflegepotential beeinflussen werden.

Für das *Szenario 3* wird zusätzlich berücksichtigt, daß im Betrachtungszeitraum vermutlich die Erwerbsbeteiligung der Frauen steigen wird.

Mit *Szenario 4* versuchen wir zu zeigen, wie sich eine verbesserte Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege auf die Verteilung von Pflegearrangements auswirken könnte. Dabei setzen wir auch voraus, daß sich - angeregt durch die Pflegeversicherung - das Angebot ambulanter Pflegedienste ausweiten und differenzieren wird und auf diese Weise ein bereits jetzt erkennbarer Trend zu gemischten Pflegearrangements größere Bedeutung gewinnt.

Auf der Grundlage der Szenarien und unter Berücksichtigung der Veränderung von informellen Unterstützungsnetzwerken werden sozial- und pflegepolitische Optionen diskutiert. Sie beziehen sich insbesondere auf

- eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit,
- die Vermeidung von heimsogunterstützender sozialrechtlicher Steuerung,
- Möglichkeiten einer Flexibilisierung und partiellen Deregulierung des ambulanten Pflegesektors,
- die Möglichkeiten der Stärkung des tertiären Sektors im Feld der Pflege,
- neue Formen der Steuerung von Pflegearrangements und Pflegeprozessen mit systemintegrierenden Effekten,
- die kommunalsozialpolitischen Handlungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten für die

zukünftige Gestaltung einer pflegerischen Infrastruktur und der Entwicklung einer kommunalen Pflegekultur als Basis für eine als gesellschaftspolitisch, aber auch volkswirtschaftlich als notwendig vorausgesetzte gemischte Ökonomie der Pflege.

Die volkswirtschaftlichen Dimensionen der demografischen Entwicklung und künftiger Pflegepolitiken werden implizit reflektiert und mit Blick auf die Expertise von Rothgang nicht weiter ausgeführt.

Teil I: Ausgangsbedingungen

Um in verschiedenen Szenarien die Auswirkungen demographischer und sozialer Veränderungen aufzeigen zu können, müssen wir von bestimmten Bedingungen ausgehen. Das ist zum einen die erwartbare Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen bis 2050, die sich auf der Grundlage der Bevölkerungsvorausrechnung und der altersspezifischen Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit relativ sicher schätzen läßt. Zum anderen ist aber auch davon auszugehen, daß demographische Veränderungen auch Auswirkungen auf die Entwicklung des “informellen Pflegepotentials” haben werden, d.h. auf die Verfügbarkeit über Ehegatten oder Kinder, die im Falle von Pflegebedürftigkeit die Versorgung übernehmen könnten. Von den hier eine Rolle spielenden Faktoren sind einigermaßen sicher nur die Veränderungen der Bevölkerungszahlen in verschiedenen Altersgruppen. Als “gegeben” betrachten wir auch die Entwicklung des Anteils der Ledigen, Geschiedenen und Getrenntlebenden in den höheren Altersgruppen, die wir auf der Basis von

Modellrechnungen⁵ in unseren Szenarien berücksichtigen. Nicht vorhersagbar in einem strikten Sinne ist sicher die Entwicklung der Frauenerwerbsquote, für die sich nicht in der gleichen Weise plausible Schätzwerte durch Modellrechnungen ermitteln läßt, wie für die Veränderung des Altersaufbaus der Bevölkerung. Anzunehmen ist jedoch, daß sich die Frauenerwerbsquote - dem Trend der Vergangenheit folgend - weiter erhöhen wird (vgl. Abbildung A und B im Anhang 2) und sich in der für das informelle Pflegepotential wichtigen Altersgruppe der 30- bis 65jährigen Frauen immer mehr der Quote der Männer angleichen wird.⁶

Was die Bedeutung von verschiedenen Pflegearrangements angeht, betrachten wir 1998 als unser “Basisjahr”, da uns für 1999 aus der amtlichen Pflegestatistik nur vorläufige Ergebnisse zur Verfügung standen. Eine große Schwierigkeit, die letztlich auch mit einem erheblichen Unsicherheitsspielraum verbunden ist, besteht darin, daß zur Schätzung der Effekte von demographischen und sozialen Veränderungen auf die Verteilung von Pflegearrangements keine Zeitreihen zur Verfügung stehen. Deswegen ist es unmöglich, die Auswirkungen bestimmter Veränderungen mit dafür geeigneten statistischen Methoden zu schätzen. Wir müssen deshalb so vorgehen, daß die für verschiedene Szenarien entwickelten Modelle so konzipiert werden, daß sich die Verhältnisse für das Basisjahr 1998 präzise rekonstruieren lassen. Dabei setzen wir

⁵ Näheres dazu vgl. Anhang 2

⁶ Einschränkung ist zu berücksichtigen, daß die Annahme einer weiter steigenden Frauenerwerbsquote vermutlich nur zutreffend ist, wenn zugewanderte Frauen nicht berücksichtigt werden. Für Ausländerinnen war die Erwerbsquote (zumindest bisher) immer niedriger als für inländische Frauen. Dies impliziert auch die Annahme künftig steigender Erwerbsquoten bei den ausländischen Frauen. Diese waren bis dato stets niedriger als die der deutschen Frauen. Waren 1999 von 100 der deutschen Frauen rd. 74 am Erwerbsleben beteiligt, waren es von den 100 der ausländischen Frauen dagegen nur rd. 58.

voraus, daß alle Bedingungen, die nicht explizit in den Modellen spezifiziert werden, im Betrachtungszeitraum unverändert bleiben und den Verhältnissen von 1998 entsprechen. Um was es sich dabei im einzelnen handelt, wird bei der Interpretation der Modellergebnisse erläutert.

1. Bevölkerungsentwicklung und Zahl der Pflegebedürftigen

Zur Schätzung der Zahl der Pflegebedürftigen für den Zeitraum bis 2050, gehen wir von den Bevölkerungsvorausrechnungen (Variante 2) des Statistischen Bundesamtes aus und berücksichtigen insbesondere die Entwicklungen für die Altersgruppen unter 60, 60 bis 70, 70 bis 80, 80 bis 90 und 90 und älter.⁷

Tabelle 1:

**Entwicklung der Bevölkerung von 1998 bis 2050 (Tausend)
Basis 31.12.97 - Variante 2**

		Bev. insges.	< 60	60 - 70	70 - 80	80 - 90	90 u.ä.
Jahr	1998	82037	63675	9210	6244	2451	458
	1999	81985	63127	9533	6397	2443	486
	2000	81946	62588	9854	6430	2563	510
	2005	81706	61456	9970	6704	3002	574
	2010	81422	60542	8983	7871	3497	529
	2015	80909	59057	9567	7907	3688	691
	2020	80152	56930	10736	7219	4481	786
	2025	79056	53854	12119	7802	4408	872
	2030	77672	51030	12520	8810	4172	1141
	2035	76017	49596	10683	10017	4656	1064
	2040	74155	48277	9078	10364	5331	1105
	2045	72122	46698	9109	8852	6159	1305
	2050	69940	44783	9617	7621	6379	1541

Quelle: Statistisches Bundesamt

Während innerhalb der nächsten 50 Jahre die Zahl der unter 60 Jahre alten Menschen in Deutschland um rd. 19 Millionen bzw. um rd. 30 % sinken wird, steigt dahingegen die Zahl der ab 60-Jährigen um rd. 7 Millionen bzw. um rd. 37 %. Ein besonders starker Anstieg wird hierunter bei den Hochbetagten (der ab 80-Jährigen) erfolgen. So ist bis 2050 in der Gruppe der 80- bis 90-jährigen ein Zuwachs von rund 4 Millionen zu erwarten (plus 160 %) und bei den 90jährigen und älteren steigt die Zahl um rund 1.0 Millionen (plus 236 %). Da in diesen Altersgruppen die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit besonders hoch ist,

⁷ Wir beschränken uns auf die Variante 2 der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung mit einer jährlichen Zuwanderung von 200.000 Personen. Diese Variante gilt als die - relativ gesehen - am wenigsten unrealistische Vorausrechnung. Zusätzliche Varianten zu berücksichtigen würde die Zahl der Szenarien unnötig vergrößern und würde eher zur Unübersichtlichkeit beitragen. Da Zuwanderer eher in den jüngeren Altersgruppen zu erwarten sind und auch nur selten Eltern in höheren Altersgruppen mitbringen werden, hat diese Komponente für unseren Auftrag keine sehr große Bedeutung. Ihr Einfluß auf Schätzwerte für die Zahl der Pflegebedürftigen oder für die Entwicklung des informellen Pflegepotentials dürfte sehr gering sein.

läßt allein die vorausgesagte Veränderung des Altersaufbaus einen beträchtlichen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen erwarten.

Für die Ermittlung von Schätzwerten für die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen im Zeitraum bis 2050 legen wir die Pflegebedürftigkeitsquoten in den o.g. Altersgruppen zugrunde. Das sind die jeweiligen Anteile von Pflegebedürftigen in der entsprechenden Altersgruppe. Wir berücksichtigen dabei das Jahr 1998, da zum einen die Abweichungen von anderen Berichtsjahren gering sind und zum anderen für dieses Jahr relativ vollständige Daten vorliegen. Pflegebedürftigkeitsquoten und Schätzwerte beziehen wir immer auf die gesetzliche *und* private Pflegeversicherung. Das ist deshalb erforderlich, weil die für Berechnungen zugrunde gelegten Bevölkerungsdaten eine Differenzierung in Versicherte der beiden Kategorien nicht ermöglichen.⁸ Unsere Modellrechnungen gehen von den in Tabelle 2 dargestellten Verhältnissen aus:

Tabelle 2: Pflegebedürftige der sozialen und privaten Pflegeversicherung 1998 und ihre Anteile an der jeweiligen Altersgruppe

in Tausend				
Altersgruppen	soziale PV	private PV	insgesamt	Anteile in Prozent
unter 60	321	13	334	0,52
60 bis 70	174	7	181	1,98
70 bis 80	380	22	402	6,44
80 bis 90	600	37	637	26,03
90 und mehr	240	19	259	56,55
insgesamt	1716	97	1813	

Quelle: Eigenberechnung auf der Grundlage der amtliche Pflegestatistik und der Bevölkerungsstatistik

Wir gehen davon aus, daß die in Tabelle 2 berichteten Quoten bis 2050 einigermaßen stabil bleiben und daß sich deshalb für diese Altersgruppen, aber auch für die Bevölkerung insgesamt, die Anzahl der zu erwartenden Pflegebedürftigen relativ sicher schätzen läßt.⁹ Es ist zwar durchaus vorstellbar, daß sich - bedingt durch medizinische Fortschritte auf den Gebieten der

⁸ In der Privaten Pflegeversicherung waren 1998 rund 5.5 % der Leistungsempfänger. Bei Bedarf und für Vergleiche mit anderen Schätzungen, die nur die Gesetzliche Pflegeversicherung berücksichtigen, sind unsere Werte um diesen Anteil zu verringern.

⁹ Die von uns für die Schätzung berücksichtigten Quoten beziehen sich nicht auf Personen, deren Antrag auf Leistungen nach dem PVG abgelehnt wurde. Sie erlauben deshalb keine Aussagen über die Anzahl derjenigen, die "nur" einen "hauswirtschaftlichen Hilfebedarf" angemeldet haben.

Prävention und Rehabilitation - diese Quoten ändern, aber es gibt keine konkreten Anhaltspunkte, ob und in welcher Größenordnung mit derartigen Änderungen zu rechnen ist.¹⁰

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird im Zeitraum bis 2050 voraussichtlich von rund 1,8 Millionen um fast 80 % auf rund 3,4 Millionen steigen.¹¹ Mit einer deutlichen Zunahme ist vor allem bei den älteren Pflegebedürftigen (60 Jahre und älter) zu rechnen. Für diese Altersgruppe ist ein Anstieg von derzeit rund 1.5 Millionen auf ungefähr 3,2 Millionen zu erwarten. Für die Anzahl der jüngeren Pflegebedürftigen (unter 60 Jahre) ist dagegen eine Abnahme wahrscheinlich, von derzeit rund 330.000 auf ca. 230.000 bis 2050. Aufgrund dieser Entwicklungen würde der Anteil der älteren Pflegebedürftigen sich von derzeit rund 82 % auf 93 % erhöhen.

Für die Jahre bis 2050 ist mit der in Abbildung 1 und Tabelle 3 dargestellten Entwicklung zu rechnen

Tabelle 3:

Schätzwerte für Pflegebedürftige der sozialen und privaten PV 1998 bis 2050
Tausend

		insgesamt	<60	60-70	70-80	80-90	>90
Jahr	1998	1812	331	182	402	638	259
	2000	1890	325	195	414	667	289
	2010	2209	315	178	507	910	299
	2020	2584	296	213	465	1166	445
	2030	2812	265	248	567	1086	645
	2040	3111	251	180	667	1388	625
	2050	3446	233	190	491	1660	871

Quelle: Eigenberechnung

Besonders in den höheren Altersgruppen nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen stark zu. Zu erwarten ist, daß diese Altersumschichtung sich auch auf die Nachfrage nach

¹⁰ In der gerontologischen Forschung wird überdies inzwischen überwiegend die Position vertreten, dass sich präventions- und rehabilitationsbedingt zwar der Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinauszögern lässt, gleichzeitig aber auch die Lebenszeit unter Bedingungen der Pflegebedürftigkeit sich dank des medizinischen Fortschrittes ausdehnen wird (Kramer, M., 1980, S. 282-287)

¹¹ Zu einer etwas niedrigeren Schätzung kommt Schneekloth (1996, S. 15), der bis 2040 einen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen auf rund 2,6 Millionen erwartet - allerdings auf der Grundlage einer älteren Bevölkerungsvorausschätzung und nur für die soziale Pflegeversicherung. Auch die Schätzwerte des MDS für 2040 sind niedriger weil sie sich nur auf die soziale Pflegeversicherung beziehen - Pick, P.: Stellungnahme für die Anhörung zum Reformbedarf der Pflegeversicherung, hekt. Man. Essen 2000, S. 2

Versorgungsleistungen und auf die Bedeutung verschiedener Pflegearrangements auswirken wird.

Tabelle 4:

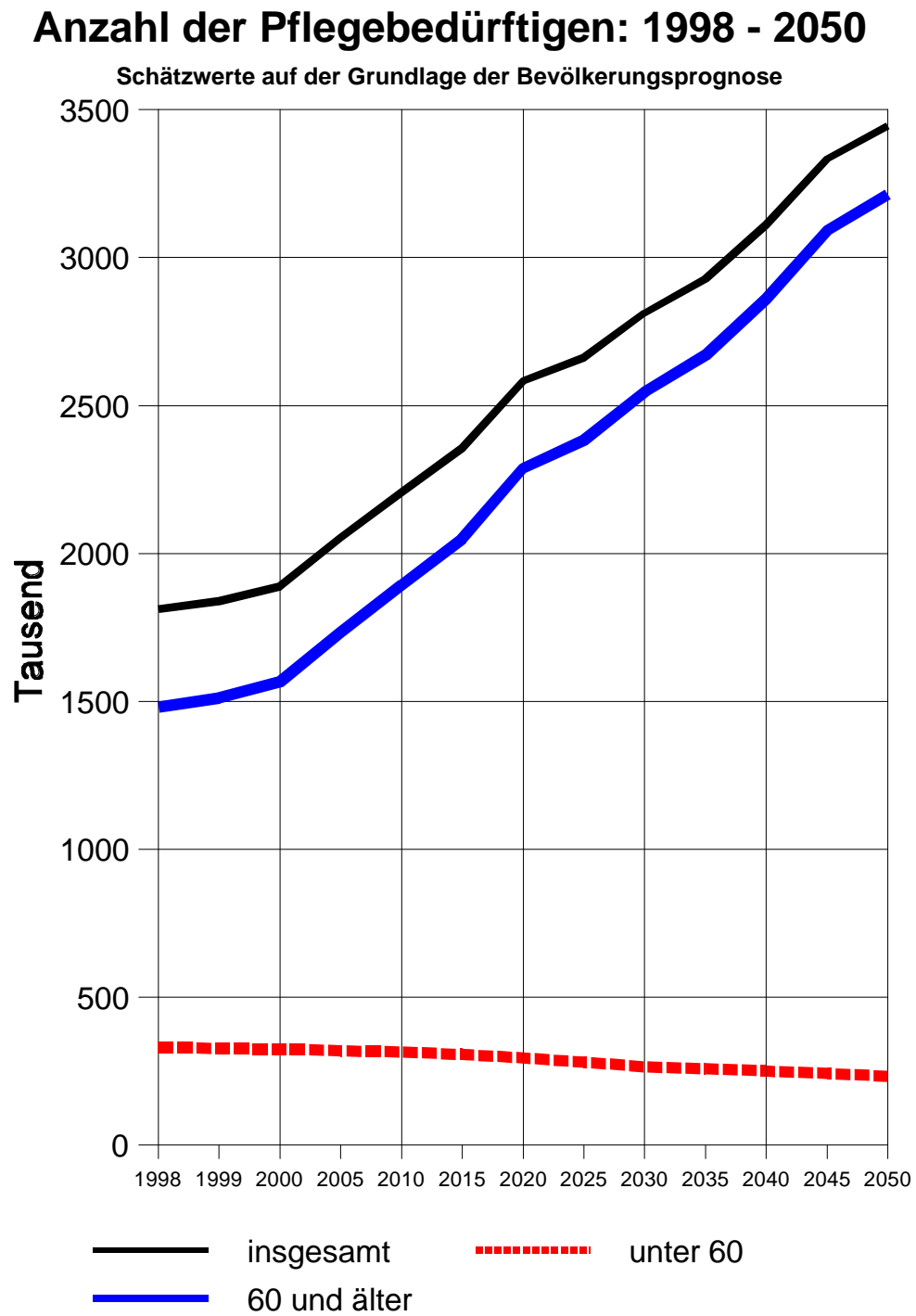
Anteil von Altersgruppen an den Pflegebedürftigen der sozialen und privaten PV 1998 bis 2050

		% unter 60	% 60 - 70	% 70 - 80	% 80 - 90	% 90 u.ä.
Jahr	1998	18.3	10.1	22.2	35.2	14.3
	2000	17.2	10.3	21.9	35.3	15.3
	2010	14.3	8.1	22.9	41.2	13.5
	2020	11.5	8.2	18.0	45.1	17.2
	2030	9.4	8.8	20.2	38.6	22.9
	2040	8.1	5.8	21.5	44.6	20.1
	2050	6.8	5.5	14.2	48.2	25.3

Quelle: Eigenberechnung

Der Anteil der 80- bis 90 jährigen an den Pflegebedürftigen wird von derzeit 35 % bis 2050 auf 48 % zunehmen, und der Anteil der über 90jährigen wird von derzeit rund 14 % auf 25 % steigen.

Abbildung 1:



2. Demographische und soziale Veränderungen mit Einfluß auf die Entwicklung des “informellen Pflegepotentials” (bearbeitet von Juliane Roloff)

Als “informelles Pflegepotential” betrachten wir die im sozialen Unterstützungsnetzwerk vorhandenen nichtberuflichen Helfer - in erster Linie Ehegatten bzw. Lebenspartner und Kinder. Im weiteren Sinne können auch Freunde, Bekannte oder Nachbarn dazugehören. Ihr Beitrag zur Sicherung der Versorgung mag im Einzelfall wichtig sein, spielt insgesamt aber unter quantitativen Gesichtspunkten derzeit nur eine geringe Rolle.¹² Demographische und soziale Veränderungen betreffen auch dieses “informelle Pflegepotential”. Besonders wichtig sind die folgenden Entwicklungen:

(1) Das durch Ehegatten und Lebenspartner bereitgestellte informelle Pflegepotential hängt ab von der Anzahl und vom Anteil der im höheren Alter Zusammenlebenden. Bei den Älteren handelt es sich hier überwiegend um zusammenlebende Ehepaare und zu einem geringeren, jedoch in der Bedeutung stetig steigenden, Teil um in nichtehelichen Partnerschaften Lebende.

1998 lebten rd. 11,1 Millionen der ab 60-jährigen Menschen als Verheiratete zusammen; der Verheiratetenanteil dieser Altersgruppen betrug rd. 60 %. Entsprechend einer Hochrechnung der Familienstände der Menschen des Basisjahres 1998, die ab dem Jahre 2000 im Alter von 60 Jahren und mehr sein werden, zum einen auf der Basis der 9. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, zum anderen unter Berücksichtigung der Heirats- und Scheidungswahrscheinlichkeiten sowie der Sterbewahrscheinlichkeiten der Partner/innen¹³ muss bis zum Prognosejahr 2050 mit einem Rückgang der zusammenlebenden verheirateten älteren Menschen gerechnet werden. So werden demnach in ca. fünfzig Jahren 8 Millionen bzw. um 3 Millionen weniger 60 Jahre und ältere Männer und Frauen verheiratet sein und zusammenleben. Ihr Anteil an allen ab 60-Jährigen wird dann nur noch knapp ein Drittel ausmachen.

Ob dieser Trend tatsächlich diese Größenordnung haben wird, und dies gilt ebenso für die noch folgenden Hochrechnungsergebnisse der übrigen Familienstände, ist allerdings ungewiss und hängt von Entwicklungen im sozialen und kulturellen Bereich ab, die zwar wahrscheinlich, aber im strikten Sinne nicht vorhersagbar sind.

Lebten 1998 von den 60 Jahre und Älteren 344 Tausend in einer nichtehelichen Partnerschaft, werden es entsprechend unserer Hochrechnung im Jahr 2050 um das rd. 5-fache mehr sein. Der Anteil der in solchen Partnerschaften lebenden ab 60-Jährigen wird von derzeit 1,9 % auf 6,3 % ansteigen. Zu berücksichtigen ist hier allerdings, dass es keine zuverlässigen Schätzungen darüber gibt, welche quantitativen Größenordnungen dabei involviert

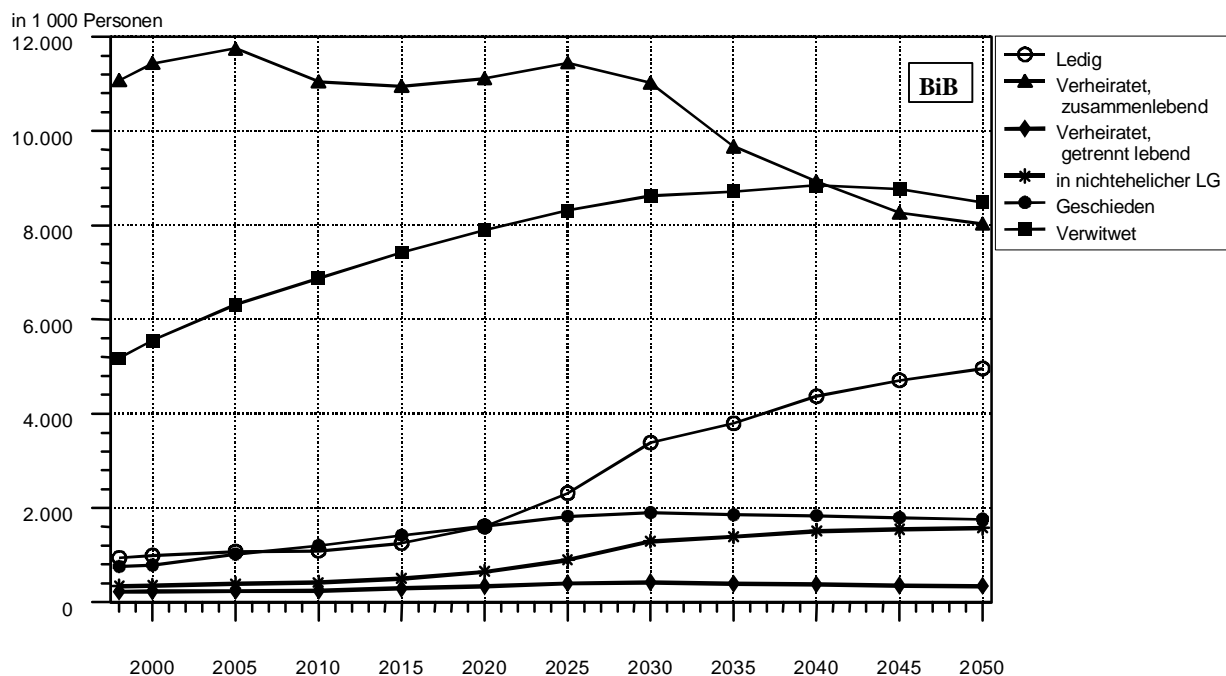
¹² Blinkert/Klie, 1999, S. 102 f

¹³ Zu den Annahmen – siehe Anhang 2

sind.¹⁴ Für die Versorgung von Pflegebedürftigen im hohen Alter könnten diese Partnerschaftsformen durchaus eine gewisse Bedeutung haben, aber niemand kann gegenwärtig eine Aussage darüber machen, welches Pflegepotential auf diese Weise zusätzlich zu erwarten ist. Trotz der zu erwartenden steigenden Zahl an nichtehelichen Lebensgemeinschaften im höheren Alter wird insgesamt die Zahl und der Anteil der zusammenlebenden älteren Menschen in Zukunft mit hoher Wahrscheinlichkeit sinken (vgl. Tabelle 5 und Abbildung 2).

Abbildung 2

Ab 60-Jährige in Privathaushalten nach dem Familienstand von 1998 bis zum Prognosejahr 2050



Datenquelle: Mikrozensus 1998; J. Roloff, eigene Vorausberechnungen

Tabelle 5:

¹⁴ Dies gilt ebenso für die Hochrechnung des Familienstandes "verheiratet, getrennt lebend" - siehe Anhang 2

**Verwitwetenanteil, Anteil der Ledigen, Geschiedenen und
Getrenntlebenden
und Anteil der Zusammenlebenden bei 60jährigen und älteren
1998 bis 2050**

		Anteil Verwitwete 60 u.ä.	Anteil led.,gesch.,getr. 60 u.ä.	Anteil zus.lebend nach BIB
Jahr				
1998		.28	.10	.61
2000		.29	.10	.61
2010		.33	.12	.55
2020		.34	.15	.51
2030		.32	.21	.46
2040		.34	.25	.40
2050		.34	.28	.38

Quelle: Eigenberechnung nach Schätzwerten des BIB

Steigen wird dahingegen die Zahl und der Anteil der alleinstehenden und getrennt lebenden verheirateten 60 Jahre und älteren Frauen und Männer. Innerhalb dieser Gruppe haben – quantitativ gesehen – die getrennt lebenden Verheirateten noch die geringste Bedeutung. 1998 lebten rd. 222 Tausend der 60 Jahre und älteren Frauen und Männer in einer solchen Beziehung; ihr Anteil auf alle ab 60-Jährigen bezogen machte lediglich 1,2 % aus. Entsprechend unserer Hochrechnung werden im Jahr 2050 von diesen Altersgruppen rd. 347 Tausend verheiratet sein, aber voneinander getrennt leben. Ihr Anteil wird dann mit voraussichtlich 1,4 % weiterhin sehr gering sein.

Nach dem Familienstand “verheiratet” spielt bei den älteren Menschen der Witwenstand eine dominierende Rolle. 1998 waren von den ab 60-Jährigen rd. 5,2 Millionen verwitwet, prozentual waren dies 28 %. Dieser Verwitwetenanteil wird im Prognosejahr ca. ein Drittel ausmachen, d.h., es werden gegenüber dem Basisjahr 3,3 Millionen mehr Menschen im Alter ab 60 Jahren Witwen bzw. Witwer sein.

Festzuhalten ist, dass ältere Frauen eher verwitwet sind als Männer, die eher noch in Partnergemeinschaften leben. Waren 1998 von den 60 Jahre und älteren Männern rd. 11 % Witwer, waren es von den gleichaltrigen Frauen mit rd. 40 % um ein vielfaches mehr. Eine Ursache hierfür ist die zwischen Frauen und Männern unterschiedliche Lebenserwartung. Entsprechend der Abgekürzten Sterbetafel 1996/98 haben z.B. die 60-jährigen Männer die Aussicht, noch weitere 18,9 Jahre zu erleben. Bei den 60-jährigen Frauen betrug diese fernere Lebenserwartung 23,2 Jahre, d.h. sie haben die Chance 4,3 Jahre länger als die Männer zu leben bzw. ihren Partner zu “überleben”. Dieser Abstand wird sich, bei Annahme einer weiteren Zunahme der ferneren Lebenserwartung für beide Geschlechter, entsprechend den Schätzwerten der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis zum Jahre

2050 auf 5,1 Jahre erhöhen: Haben die dann 60 Jahre alten Männer eine fernere Lebenserwartung von 21,6 Jahren, liegt diese bei den gleichaltrigen Seniorinnen bei 26,7 Jahren.

Dies bedeutet, dass auch in Zukunft die Frauen im höheren Alter mit hoher Wahrscheinlichkeit mehr vom Witwenstand betroffen sein werden als die Männer. So werden unserer Hochrechnung nach im Prognosejahr 2050 von 100 der ab 60-jährigen Männer rd. 17, von 100 der ab 60-jährigen Frauen dagegen rd. 46 verwitwet sein.

Berücksichtigen muss man zudem, dass Männer im Alter eher noch die Chance haben, eine neue Partnerin zu finden. So waren von den ab 60-jährigen Verwitweten, die 1998 wieder eine Ehe schlossen, allein rd. 68 % Männer, darunter war es bei den 70 Jahre und Älteren mit rd. 86 % die überwiegende Mehrheit.

Infolge des Rückgangs der Heiratsneigung bei den Jüngeren und der seit Jahren steigenden Tendenz zur Ehescheidung ist bei den Alten der Zukunft eine höhere Zahl an Ledigen und Geschiedenen zu erwarten. Hierunter wird insbesondere die Zahl bzw. der Anteil der Ledigen im höheren Alter zunehmen: von rd. 942 Tausend (1998) auf schätzungsweise 5 Millionen (2050). Bzw.: waren 1998 von 100 der ab 60-Jährigen rd. 5 niemals verheiratet gewesen, werden es ca. 50 Jahre später voraussichtlich rd. 20 sein.

Die Zahl der Geschiedenen wird nicht ganz so rasant steigen: Waren im Basisjahr rd. 758 Tausend der älteren Menschen geschieden, werden es im Jahr 2050 rd. 1,8 Millionen sein. Der Geschiedenenanteil wird sich von derzeit rd. 4 % auf rd. 7 % erhöhen.¹⁵

Tabelle 6:

Zahl und Anteil der Verwitweten, Ledigen, Geschiedenen und Getrenntlebenden
sowie der Zusammenlebenden
1998 bis 2050

Jahr	<u>Verwitwete</u>		<u>Led., Gesch., Getrennt.</u>		<u>Zusammenlebende</u>	
	in 1000	Anteil	in 1000	Anteil	in 1000	Anteil
1998	5 176,6	28,0	1 920,9	10,4	11 417,9	61,7
2000	5 555,1	28,7	2 006,2	10,4	11 795,9	60,9
2010	6 877,3	32,9	2 537,0	12,2	11 466,3	54,9
2020	7 894,7	34,0	3 566,0	15,4	11 760,4	50,6
2030	8 626,1	32,4	5 703,8	21,4	12 312,6	46,2
2040	8 847,0	34,2	6 580,0	25,4	10 451,0	40,4
2050	8 484,1	33,7	7 065,0	28,1	9 608,2	38,2

Quelle: Mikrozensus 1998, 9. Koord.; J. Roloff, Hochrechnungsergebnisse (siehe Anhang 2)

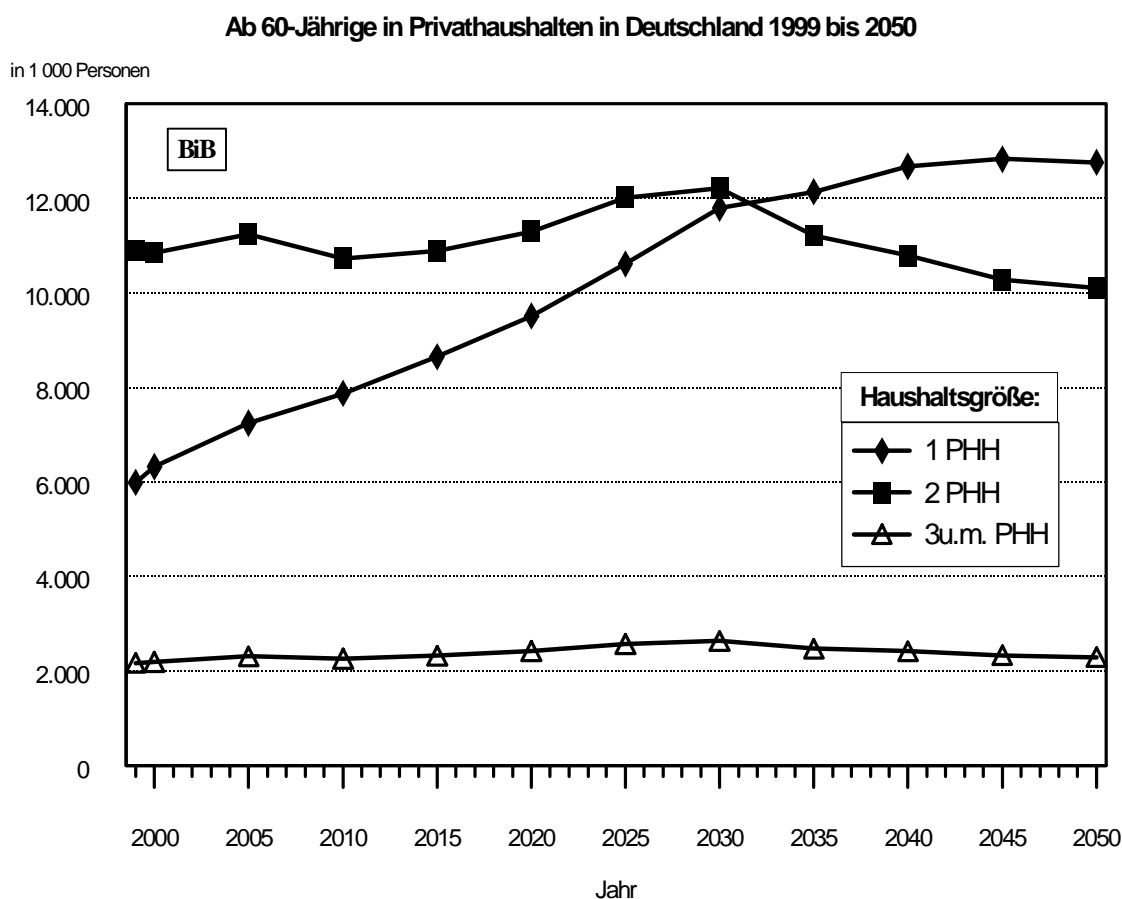
Alleinstehend heißt nicht unbedingt Alleinleben. Wie viele der alleinstehenden älteren Menschen tatsächlich allein leben, darüber gibt die Haushaltsstatistik genauer Auskunft.

¹⁵ Zur Entwicklung der Familienstände bei den Frauen und Männern – siehe Abbildungen C und D im Anhang 2.

Allgemein sei festgehalten, dass die Einpersonen- und Zweipersonenhaushalte die dominante Haushaltsform im Alter ist, worunter der Einpersonenhaushalt mit zunehmendem Alter, insbesondere bei den Frauen, an Bedeutung gewinnt (vgl. Abbildung E in Anhang 2).

In Abhängigkeit von der Entwicklung der künftigen Familienstandsstrukturen und unter der Annahme unveränderter Haushaltsstrukturen (Basisjahr 1999¹⁶) ist mit einem Anstieg der in Einpersonenhaushalten lebenden älteren Menschen zu rechnen: von rd. 6 Millionen (1999) auf ca. 12,8 Millionen (2050). Dahingegen wird die Zahl der in Mehrpersonenhaushalten lebenden ab 60-Jährigen nur geringfügig sinken - von derzeit 13 Millionen auf ca. 12 Millionen im Prognosejahr 2050 (vgl. Abbildung 3)

Abbildung 3



Rd. 16 % der alleinstehenden 60 Jahre und älteren Menschen lebten 1999 in

¹⁶ Im Gegensatz zu den Familienbildungsdaten – Heiraten, Ehescheidungen – liegen für die Haushaltsdaten bereits die aus dem Jahre 1999 vor. Für die hier beschriebenen Tendenzen ist dies jedoch wenig von Belang, da Familienbildungsprozesse – über Jahre hinweg – kaum gravierenden quantitativen Veränderungen unterworfen sind.

Mehrpersonenhaushalten (vgl. Tabelle 1/Anhang 2). Alleinleben ist somit die dominante Lebensform der verwitweten, geschiedenen und getrennt lebenden älteren Menschen.

(2) Für die Sicherung der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit spielen Kinder und Schwiegerkinder eine sehr wichtige Rolle und zwar in erster Linie Frauen in der Altersgruppe der 30- bis 60jährigen.¹⁷ Für diese Altersgruppe insgesamt - Männer und Frauen - ist aufgrund der Bevölkerungsvorausrechnung zu erwarten, daß die Anzahl von rund 36 Millionen kontinuierlich bis 2050 sinkt auf eine Zahl von nur noch rund 26 Millionen. Für dieses durch die "Kinder-Generation" der Pflegebedürftigen bereitgestellte "informelle Pflegepotential" ist also ein deutlicher Rückgang in der Größenordnung von rund 10 Millionen zu erwarten.

Tabelle 7:

**Entwicklung der Bevölkerung 30 bis 60 Jahre von 1998 bis
2050 (Tausend)
Basis 31.12.97 - Variante 2**

		Bev. 30 - 60	Frauen 30 - 60	Männer 30 - 60
Jahr	1998	36035	17700	18335
	2000	35870	17630	18240
	2010	35540	17543	17997
	2020	34040	16868	17172
	2030	29830	14874	14956
	2040	28377	14179	14198
	2050	26296	13117	13179

Quelle: Statistisches Bundesamt

(3) Als Pflegende kommen in erster Linie Nichterwerbstätige in Frage. Im Einzelfall sind zwar auch Erwerbstätige an der Pflege beteiligt, aber vorwiegend wird die Versorgung der pflegebedürftigen Eltern von nicht berufstätigen Frauen übernommen.¹⁸ Für die Entwicklung des "informellen Pflegepotentials" ist also auch entscheidend, wie sich die Erwerbsquoten der Frauen verändern. Es ist anzunehmen, daß in den Altersgruppen, die vorwiegend mit der Pflege von Angehörigen befaßt sind, die Erwerbsbeteiligung von Frauen zunehmen wird und sich immer

¹⁷ Für das Pflegepotential der „Kinder-Generation“ ist das die relevante Altersgruppe, wenn vom Alter des Eintretens von Pflegebedürftigkeit 30 Jahre zurückgerechnet wird. Da in der Altersgruppe der 60- bis 70jährigen die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten von Pflegebedürftigkeit noch relativ gering ist, wird das Pflegepotential der Kinder etwas überschätzt. Das ist jedoch insofern kein Problem, als für alle Zeiträume in der gleichen Weise verfahren wird und unsere Modelle so konzipiert sind, daß *Veränderungen* - die Relation zum Basisjahr 1998 - als zentrale Bestimmungsfaktoren berücksichtigt werden.

¹⁸ Als "Beteiligung an der Pflege" verstehen wir hier nur die Übernahme von Aufgaben im Rahmen der "direkten Pflege", also nicht andere Formen der Hilfe, wie z.B. Organisation und Management oder die psychosoziale Unterstützung von Pflegebedürftigen - wobei wir natürlich die Bedeutung dieser Hilfen nicht unterschätzen.

mehr dem Anteil der Männer (rund 90 %) annähert. Für unsere Modellberechnungen gehen wir von den im Mikrozensus für 1998 berichteten Erwerbsquoten aus und nehmen für verschiedene Szenarien an, daß sich diese Quoten weiter erhöhen werden (Tabelle 7).

Tabelle 8: Erwerbsquoten in verschiedenen Altersgruppen für Männer und Frauen
- 1998

	Männer				Frauen			
	30-40	40-50	50-60	60-65	30-40	40-50	50-60	60-65
1998	97 %	96 %	85 %	30 %	79 %	80 %	63 %	12 %

Quelle: Eigenberechnung auf der Grundlage des Mikrozensus

3. Pflegearrangements unter den Bedingungen des Basisjahrs 1998

Die amtliche Pflegestatistik und verschiedene Untersuchungen informieren über einige grundlegende Merkmale von Pflegearrangements. Die dazu vorliegenden Ergebnisse werden so weit wie möglich als Ausgangsbasis für die Ermittlung von Schätzwerten in den verschiedenen Szenarien berücksichtigt.

Ambulant und stationär Versorgte

Gegenwärtig werden knapp 30 % der Pflegebedürftigen stationär versorgt (Tabelle 8). Dieser Anteil ist von 1997 bis 1999 nahezu konstant geblieben und hat nur leicht zugenommen von rund 28 % auf ca. 30 % (1999)¹⁹. Die altersspezifischen Heimquoten variieren von 20 % (Pflegebedürftige unter 60 Jahre) bis 43 % (90 Jahre und älter).

Tabelle 9: Ambulant und stationär versorgte Pflegebedürftige 1996, 1997, 1998 und 1999
Angaben in 1000

	nur soziale PV			soziale und private PV	nur soziale PV
	1996	1997	1998	1998	1999
Pflegebedürftige insgesamt	1547	1661	1738	1813	1819
ambulant Versorgte, einschl. teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege	1162	1198	1227	1276	1275
vollstationär Versorgte	385	463	511	537	544
Anteil stationär Versorgter ("Heimquote")	25 %	28 %	29 %	30 %	30 %
altersspezifische Heimquoten:					
< 60				20 %	
60 - 70				21 %	
70 - 80				25 %	
80 - 90				35 %	
> 90				43 %	
Quelle: Amtliche Pflegestatistik, Bundesministerium für Gesundheit					
1999: vorläufige Zahlen; 1996 nur mit Einschränkungen vergleichbar, da stationäre Leistungen erst ab der 2. Jahreshälfte in der PV					

¹⁹ Da die stationäre Unterbringung erst in der zweiten Jahreshälfte von 1996 im Rahmen der PV berücksichtigt wurde, sind die Daten für 1996 nur bedingt vergleichbar mit den Zahlen für 1997, 1998 und 1999.

Pflegearrangements von ambulant Versorgten

Welche Bedeutung seit Einführung der Pflegeversicherung unterschiedliche Pflegearrangements für die Versorgung von Pflegebedürftigen in Privathaushalten besitzen, geht aus verschiedenen Untersuchungen hervor.²⁰ Die in diesen Studien z.T. sehr detailliert beschriebenen Konstellationen lassen sich leider nur in einer wenig differenzierten Weise für unsere Szenarien berücksichtigen, da es keine Daten in Form von Zeitreihen gibt, die es ermöglichen würden, die Effekte von demographischen oder gesellschaftlichen Veränderungen auf die Verteilung von Pflegearrangements mit statistischen Methoden zu schätzen. Zu einigermaßen begründbaren Schätzwerten können wir nur für sehr grobe Kategorien kommen:

- für die Anteile der gewählten Leistungsarten: Geldleistungen, Sach- und Kombileistungen und
 - für den Anteil der häuslich Versorgten, die berufliche Pflegekräfte in Anspruch nehmen
- Wie in der jeweiligen Mikropolitik der Pflege die Leistungen der Pflegeversicherung integriert werden und wie die jeweiligen Leistungen der professionellen Hilfe in das jeweilige Pflegearrangement transformiert werden, ist, wie Zeman aufzeigt, von hoher Bedeutung, kann hier aber nicht weiter berücksichtigt werden. (Zeman, P., 2000)

Geld-, Sach- und Kombileistungen

Der Anteil der Geldleistungen ist von rund 84 % (1995) auf 76 % (1998) gesunken. Die Anteile für Sachleistungen und Kombileistungen sind in diesem Zeitraum gestiegen. Ohne Berücksichtigung der Wahl von teilstationären Leistungen gehen wir für 1998 von der folgenden Verteilung aus:

Tabelle 10: Von ambulant versorgten Pflegebedürftigen gewählte Leistungsarten - 1998

Leistungsart	insgesamt (%)	Schätzwerte für die Anteile von Leistungsarten (%) in Altersgruppen				
		< 60	60 - 70	70 - 80	80 - 90	> 90
Geld	75.8	88	80	75	70	65
Sach	10.6	5	8	10	14	17
Kombi	13.6	7	12	15	16	18
1000						
Quelle: Amtliche Pflegestatistik, Okt. 1999; ohne private PV		Schätzwerte beruhen auf Anteilen aus Blinkert/Klie (1999), angepaßt an die Verteilung in der amtl. Pflegestatistik 1998 unter Berücksichtigung des Anteils der verschiedenen Pflegestufen in den Altersgruppen				

²⁰ Vgl. insbes. Blinkert, B./ Klie, T. (1999); Runde, P., Giese, R. (1999)

Anteil beruflicher Helfer am Pflegearrangement von ambulant Versorgten

Schneekloth (1999, S. 108) berichtet, daß 31 % der Pflegebedürftigen in Privathaushalten professionelle ambulante Dienste in Anspruch nehmen. Die Untersuchung von Runde und Giese (1999, S. 343) kommt auf einen Anteil von 35 % der ambulant Versorgten, die entweder nur durch einen Pflegedienst versorgt werden (2 %) oder in Verbindung mit privaten Helfern (33 %). Unsere eigene Untersuchung hat ergeben, daß rund 40 % der über 60jährigen ambulant Versorgten mindestens eine berufliche Fachkraft als Helfer haben (Blinkert, Klie, 1999, S. 102). Für unsere Modellrechnungen gehen wir davon aus, daß 1998 der Anteil der in Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen, die professionelle Hilfen in Anspruch nehmen, rund 35 % beträgt. Diese Quote ermöglicht jedoch keine Aussage darüber, wie bedeutsam die beruflichen Hilfen für das Pflegearrangement sind. Unsere Untersuchung hat gezeigt, daß die professionellen Dienste an der Zahl der erhaltenen *Hilfen* mit nur 14 % deutlich geringer beteiligt sind, als der Anteil der Pflegebedürftigen, die einen beruflichen Helfer haben (40 %), erwarten läßt.²¹

Tabelle 11: Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die berufliche Hilfen in Anspruch nehmen (Schätzwerte) - 1996/1998

Insgesamt	Schätzwerte für Altersgruppen				
	< 60	60 - 70	70 - 80	80 - 90	> 90
35 %	20 %	25 %	35 %	45 %	45 %

Quelle: Sonderauswertung zu Blinkert/Klie 1999
 Der Anteil für die Altersgruppe < 60 ist nicht durch Untersuchungsergebnisse belegt und wurde in Anlehnung an die Heimquote geschätzt

²¹ Dabei ist die Behandlungspflege und die medizinische Versorgung durch Ärzte nicht berücksichtigt.

Teil II: Modelle und Szenarien²²

Intellektuell ist der Abstieg zur Hölle leicht. Ein falscher Schritt, und die Logik wird den Rest besorgen.

G. C. Homans

Mit diesem Zitat von George C. Homans möchten wir die Leser dieses Gutachtens, aber auch uns selbst an einen ständig drohenden „Abgrund“ erinnern, wenn man versucht, ein Problem durch Modelle und Szenarien zu bearbeiten. Entscheidend sind die ersten Schritte - die Annahmen - und alles andere ist eine Frage der Logik, die konsequent zu Ergebnissen führt, die letztlich immer bereits in den Annahmen enthalten sind.

*

Grundsätzlich ist es schwierig, die Auswirkung von demographischen und sozialen Veränderungen so zu konzeptualisieren, daß zumindest eine Vorstellung über die Dimensionalität von Veränderungen möglich ist. Um das zu erreichen, gehen wir von einem Modell aus, dessen Parameter sich so variieren lassen, daß Schritt für Schritt die möglichen Auswirkungen verschiedener Entwicklungen gezeigt werden können. Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, daß keine dieser Modellrechnungen die Anzahl von bestimmten Pflegearrangements „prophezeien“ kann. Es handelt sich immer um „bedingte Prognosen“, deren Eintreffen nur dann zu erwarten ist, wenn die Annahmen erfüllt sind. Diese Annahmen sind zum Teil sehr unrealistisch (Szenario 1 und 2). Das hat methodische Gründe, weil sich auf diese Weise durch Vergleiche eine Vorstellung darüber begründen läßt, in welchen Dimensionen eine bestimmte Bedingung - z.B. die Veränderung der Frauenerwerbsquote - wirksam ist.

Da zur Schätzung von Modellparametern keine Zeitreihen zur Verfügung stehen, mußten wir so vorgehen, daß Modelle entwickelt wurden, mit denen sich die Verhältnisse für das Jahr 1998 präzise rekonstruieren lassen. 1998 ist also unser Basisjahr und wir setzen voraus, daß alle Verhältnisse, die nicht explizit in den jeweiligen Modellen zu einzelnen Szenarien spezifiziert werden, im Betrachtungszeitraum bis 2050 unverändert bleiben.

²² Zur Entwicklung des hier vorgeschlagenen Modells vgl. Blinkert/Klie (2000)

1. Modell zur Ermittlung von Schätzwerten für die Auswirkungen sozialer und demographischer Entwicklungen auf Pflegearrangements

Bei unserem Modell gehen wir von den folgenden Annahmen aus: Auf der individuellen Ebene der Entscheidenden (Pflegebedürftige, Angehörige) hängen Pflegearrangements wie stationäre oder ambulante Versorgung, die Wahl einer Leistungsart oder die Inanspruchnahme beruflicher Hilfen im wesentlichen von Bedingungen ab, die sich vier Faktorbündeln zuordnen lassen:

- (1) von dem Grad der Pflegebedürftigkeit und der Erkrankung
- (2) davon, in welchem Umfang Hilferessourcen aus dem informellen Unterstützungswerk zur Verfügung stehen.

Außerdem spielen eine Rolle:

- (3) das Vorhandensein oder Fehlen, bzw. die Ausgestaltung von lokalen Infrastrukturen und
- (4) die individuelle Haushaltsökonomie, d.h. die Finanzierbarkeit von Leistungen unter Berücksichtigung staatlicher Transfer- und Sachleistungen. In unserer Expertise können wir aufgrund der im Auftrag vorgegebenen Ziele nur auf die ersten beiden Faktoren eingehen.

Auf der Aggregatebene (hier: das gesamte Bundesgebiet) manifestieren sich diese Entscheidungen als Quoten: Anteile der stationär bzw. ambulant Versorgten, der Bezieher bestimmter Leistungsarten, der Inanspruchnehmer von beruflichen Hilfen. Die Entscheidungsbedingungen sind auf der Aggregatebene als Anteile von Pflegebedürftigen mit unterschiedlichen Graden der Pflegebedürftigkeit gegeben und als Bevölkerungszahlen, die auf ein prinzipiell aktualisierbares informelles Hilfe- bzw. Pflegepotential verweisen. Für die Modellierung und für die Modellrechnungen sind diese Parameter jedoch immer mit Unschärfen verbunden, da die amtliche Statistik nur Indikatoren liefert, die nicht die aus konzeptionellen Gründen erforderlichen Unterscheidungen ermöglichen. In unsere Szenarien gehen die folgenden Indikatoren ein:

- (1) Aggregierte Zahlen über die künftige Entwicklung der Anteile von Pflegebedürftigkeitsgraden liegen nicht vor, aber ersatzweise lassen sich dafür Altersgruppen von Pflegebedürftigen berücksichtigen, da das Alter mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit korreliert und auch die Anteile von Arrangements in verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich sind.
- (2) Um Aufschlüsse über die Entwicklung des informellen Pflegepotentials zu erhalten, lassen sich als Indikatoren die Zahlen für Bevölkerungsgruppen berücksichtigen (Männer und Frauen in bestimmten Altersgruppen), die in Verbindung mit einer Gewichtung durch andere Indikatoren (z.B. Erwerbsquoten) allerdings nur Aufschluß über *Veränderungen* geben können. Der Schätzwert z.B. für das informelle Pflegepotential im Jahr 2010 kann nicht darüber informieren, wieviel informelle Helfer zur Verfügung stehen. Nur der *Vergleich* mit anderen Jahren ist sinnvoll und der sich daraus ergebende Schluß, in welche Richtung eine Veränderung geht und welche Größendimensionen dabei eine Rolle spielen.

Auswirkungen demographischer und gesellschaftlicher Veränderungen werden in unseren Modellen in der folgenden Weise berücksichtigt:

- (1) Die zu erwartende Altersumschichtung bei den Pflegebedürftigen (Teil I, Kap. 1) wird durch

altersspezifische Quoten für Pflegearrangements berücksichtigt für die folgenden Altersgruppen: Pflegebedürftige unter 60 Jahre, 60 bis 70 Jahre, 70 bis 80 Jahre, 80 bis 90 Jahre und 90 Jahre und älter.

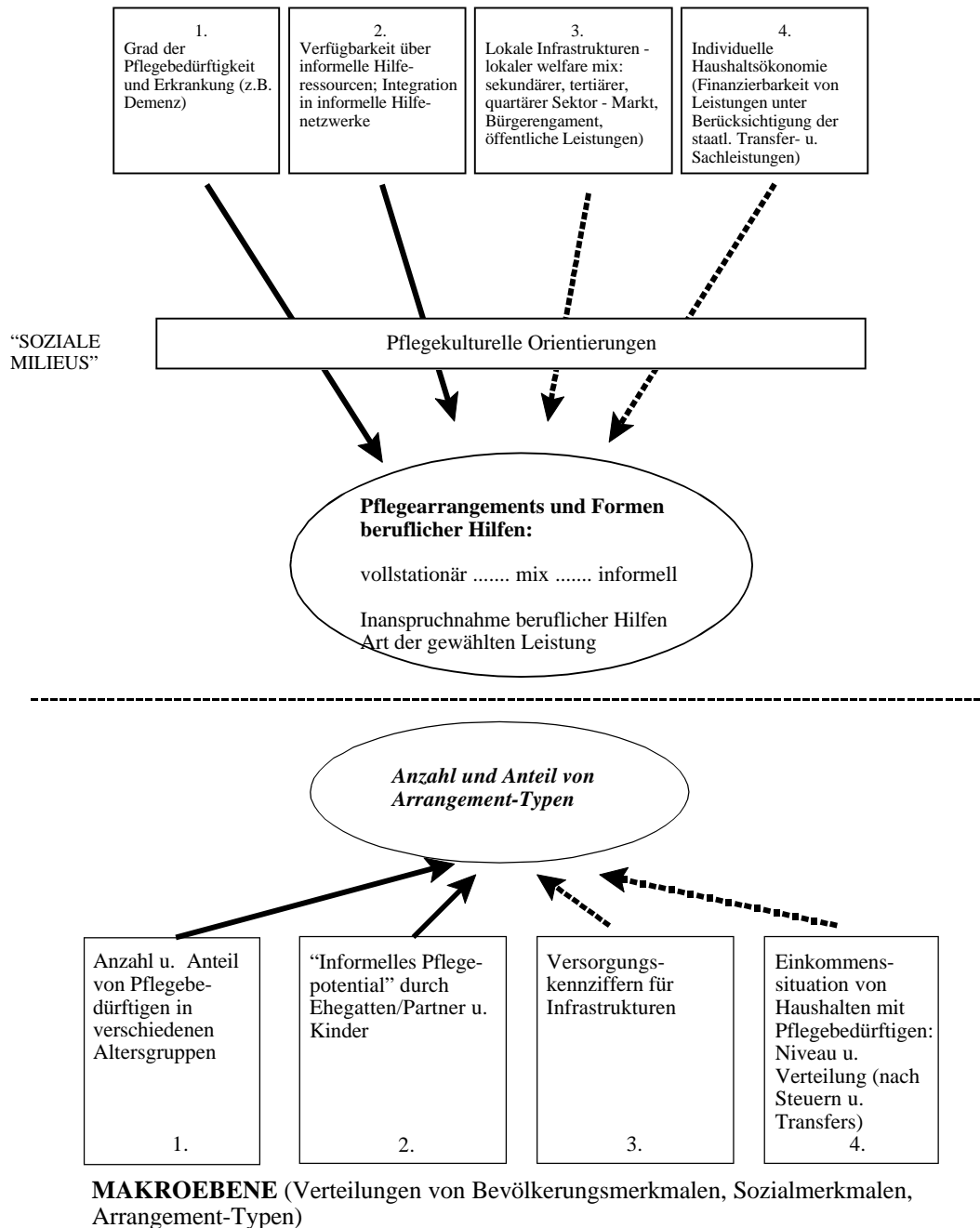
(2) Demographische Entwicklungen als Veränderung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung und sozialer Wandel - insbesondere der zunehmende Anteil von Alleinlebenden in den höheren Altersgruppen und die steigende Erwerbstätigkeit von Frauen - werden über das "informelle Pflegepotential" in den Szenarien berücksichtigt. Auch dafür werden differenzierte Schätzwerte für die o.g. Altersgruppen der Pflegebedürftigen ermittelt, die dann zu einer Kennziffer aggregiert werden, mit der sich die Entwicklung insgesamt beschreiben läßt.

(3) Da Zeitreihen fehlen, um die Effekte von bestimmten Bedingungen mit statistischen Methoden zu schätzen, wurden die Modelle so konzipiert, daß Entwicklungen sich als Unterschiede zum Basisjahr 1998 beschreiben lassen.

Der Zusammenhang zwischen „Mikroebene“ (Ebene der Entscheidungen) und in den Szenarien berücksichtigte „Makroebene“ (Ebene der Indikatoren für das gesamte Bundesgebiet) wird in der Abbildung 4 dargestellt. Durchgezogene Pfeile bezeichnen Zusammenhänge, die in den Szenarien berücksichtigt werden. Gestrichelte Pfeile verweisen auf Bedingungen, die zwar von großer Bedeutung sein können, aber in den Szenarien nicht berücksichtigt werden konnten und als ceteris-paribus-Bedingungen implizit mit den Ausprägungen des Basisjahres 1998 mitgeführt werden.

MIKROEBENE (Entscheidungen der Akteure: Pflegebedürftige und ihre Angehörige)

Wie kommen Entscheidungen über Pflegearrangements zustande?

**Abbildung 4**

Für die Szenarien konnten wir ein Grundmodell entwickeln, dessen Parameter sich so variieren lassen, daß die dimensionale Bedeutung einzelner Entwicklungen beschreibbar wird. Dieses Modell ist durch Gleichungen definiert und wird im folgenden erläutert:

1. *Informelles Pflegepotential*

Als "informelles Pflegepotential" betrachten wir die im sozialen Unterstützungsnetzwerk vorhandenen nichtberuflichen Helfer - in erster Linie Ehegatten bzw. Lebenspartner und Kinder. Im weiteren Sinne können auch Freunde, Bekannte oder Nachbarn dazugehören. Ihr Beitrag zur Sicherung der Versorgung mag im Einzelfall wichtig sein, spielt insgesamt aber unter quantitativen Gesichtspunkten mit rund 7 % derzeit nur eine geringe Rolle (Schneekloth, U., 2000, S. 52).

1.1 *Pflegepotential der Ehegatten/Partner*

$$(1) \quad \text{POTGAT}_{ti} = N_{ti} * \text{PZUS}_{ti} * \text{PHILFE}_{ti} * 0.5$$

POTGAT_{ti} ist ein Schätzwert für die Zahl der zur Zeit t potentiell für Pflegeleistungen vorhandenen und geeigneten Gatten und Partner in der Altersgruppe i .

Ob Pflegebedürftige von einem Ehegatten bzw. Lebenspartner gepflegt werden können, hängt davon ab, ob ein solcher Partner vorhanden ist, also von der Wahrscheinlichkeit, daß die Mitglieder einer Altersgruppe i zur Zeit t (N_{ti}) mit einem Ehegatten oder sonstigen Partner zusammenleben (PZUS_{ti}). Desweiteren ist zu berücksichtigen, ob dieser Partner zu Pflegeleistungen fähig bzw. bereit ist. Er wird dazu nicht fähig sein, wenn er selber pflegebedürftig ist oder wenn er aus Altersgründen dazu nicht in der Lage ist. Zu berücksichtigen ist also die Wahrscheinlichkeit, daß ein vorhandener Partner in dieser Altersgruppe auch als Helfer in Erscheinung treten kann (PHILFE_{ti}).

Die Wahrscheinlichkeit, daß pflegebedürftige Menschen einer bestimmten Altersgruppe mit einem Partner zusammenleben (PZUS_{ti}) ergibt sich aus 1 minus der Wahrscheinlichkeit für Verwitwung und der Wahrscheinlichkeit dafür, daß jemand von einem Ehegatten getrennt lebt, geschieden oder ledig ist. Für den Betrachtungszeitraum bis 2050 übernehmen wir dafür die uns vom BIB durch Juliane Roloff zur Verfügung gestellten Werte.

Schätzwerte für die Wahrscheinlichkeit, daß ein Pflegebedürftiger einer bestimmten Altersgruppe von einem mit ihm zusammenlebenden Partner versorgt werden kann, entnehmen wir unserer eigenen Studie.²³

²³ Blinkert, Klie, 1999, S. 125: Anteile der verheirateten Pflegebedürftigen, die einen Ehegatten/Partner als Helfer haben. Bei diesen Anteilswerten ist bereits berücksichtigt, daß in der Altersgruppe der 60- bis 70jährigen in einem gewissen (sehr niedrigen) Umfang eine Pfl egetätigkeit wegen Erwerbstätigkeit nicht erfolgen kann.

Tabelle 12:

Alter	Wahrscheinlichkeit bei Zusammenlebenden, daß ein Ehegatte/Partner die Versorgung übernimmt (PHILFE _{ti})
60 - 70	0,98
70 - 80	0,94
80 - 90	0,71
> 90	0,63

$$(2) \quad \text{POTGAT}_t = \sum_{i=1}^4 \text{POTGAT}_{ti}$$

Ein Schätzwert für das gesamte durch Ehegatten/Partner bereitgestellte Pflegepotential ergibt sich durch die Aufsummierung über die hier betrachteten vier Altersgruppen (60-70, 70-80, 80-90, >90)

1.2 Pflegepotential der "Kinder" (30- bis 65jährige)

$$(3) \quad \text{POTKIND}_{ti} = \text{NM}_{ti-30} * (1 - \text{EQM}_{ti-30}) + \text{NF}_{i-30} * (1 - \text{EQM}_{ti-30})$$

Das durch die Kindergeneration bereitgestellte Pflegepotential für Pflegebedürftige der Altersgruppe i zum Zeitpunkt t (POTKIND_{ti}) hängt einerseits von Bevölkerungsgrößen ab, andererseits aber auch von gesellschaftlichen Bedingungen. Unter demographischen Bedingungen ergibt sich das durch die Generation der Kinder bereitgestellte Pflegepotential für die Altersgruppe i aus der Anzahl der Männer und Frauen der Altersgruppe i minus 30 Jahre (NM_{ti-30} , NF_{i-30}). Als Pflegende kommen jedoch Berufstätige dieser Altersgruppe kaum in Frage. Eine realistische Einschätzung des Pflegepotentials der Kinder-Generation muß deshalb die Erwerbsquoten der Männer (EQM_{ti-30}) und Frauen (EQF_{ti-30}) in dieser Altersgruppe berücksichtigen, da als potentiell Pflegende in erster Linie die Nichterwerbstätigen in Frage kommen. Das läßt sich durch eine Vielzahl von Untersuchungen belegen - so berichtet z.B. Schneekloth, daß von den Hauptpflegepersonen rund zwei Drittel nicht erwerbstätig sind. Nur 16 % sind vollzeit erwerbstätig bzw. mindestens 30 Stunden erwerbstätig.²⁴ Auch Untersuchungen, in denen stärker das Alter der Pflegenden berücksichtigt wird und die ihre Ergebnisse nur auf

²⁴ Schneekloth, U., 1999, S. 58. Besonders aufschlußreich zur Beteiligung von Erwerbstätigen an der Versorgung Pflegebedürftiger sind die Untersuchungen von Beck, B., Naegle, G., Reichert, M., Dallinger, U., 1997.

Pflegende im erwerbsfähigen Alter (16 bis 65) beziehen, kommen zu ähnlichen Ergebnissen.²⁵ In Szenario 2 und 3 gehen wir deshalb davon aus, daß sich das Pflegepotential der Kinder-Generation im *wesentlichen* aus der Zahl der Nichterwerbstätigen in den entsprechenden Altersgruppen ergibt.²⁶ Die Modellrechnungen setzen bis auf die für ein Szenario jeweils spezifischen Variationen immer die Verhältnisse des Basisjahres 1998 voraus. Dazu gehört auch, daß ein bestimmter Anteil der Erwerbstätigen durchaus an der Versorgung von Pflegebedürftigen beteiligt ist. Bis auf Szenario 4 wird jedoch angenommen, daß dieser Anteil sich nicht ändert und daß für die *Veränderung* des durch die Kinder-Generation bereitgestellten Pflegepotentials die Anzahl der Nichterwerbstätigen ein sehr viel größeres Gewicht hat. In Szenario 4 wird untersucht, wie sich eine verbesserte Vereinbarkeit von Berufs- und Pflege Tätigkeit auf das informelle Pflegepotential auswirken könnte und zwar so, daß nun auch ein zunehmend größerer Anteil von Erwerbstätigen für die Bestimmung des Pflegepotentials berücksichtigt werden kann. Die Erwerbsquoten für Männer und Frauen werden in Szenario 2 mit den Werten von 1998 als konstant vorausgesetzt.²⁷ In Szenario 3 und 4 werden diese Quoten variiert, um die Auswirkungen einer stärkeren Erwerbsbeteiligung von Frauen abzuschätzen (vgl. Teil I, Kap. 2).

$$(4) \quad \text{POTKIND}_t = \sum_{i=1}^4 \text{POTKIND}_{ti}$$

Die Schätzwerte für das gesamte Pflegepotential der Kinder-Generation ergeben sich durch Aufsummierung über die vier hier betrachteten Altersgruppen (POTKIND_t). Sie bringen zum Ausdruck, wie groß die Anzahl der nichterwerbstätigen Männer und Frauen in den für eine Pflege Tätigkeit in Frage kommenden Generationen ist. Diese Kennziffer kann natürlich keine Auskunft darüber geben, wieviel Mitglieder dieser Altersgruppe einen Pflegebedürftigen *tatsächlich* versorgen würden, wenn es zu einer solchen Situation kommen sollte. In dieser Altersgruppe sind Hilfeleistungen zwar überwiegend von den Nichterwerbstätigen zu erwarten, aber nicht alle Nichterwerbstätigen können oder wollen Versorgungsaufgaben übernehmen. Die Versorgung von Pflegebedürftigen durch Kinder wird auch nicht allein von dieser Altersgruppe übernommen, aber doch ganz überwiegend. Und natürlich haben nicht alle Mitglieder dieser Altersgruppe einen Angehörigen, der pflegebedürftig werden könnte. Die Kennziffer POTKIND_t

²⁵ Beck, B., Naeyele, G., Reichert, M. und Dallinger, U. (1997, S. 118) berichten z.B., daß von den pflegenden Frauen im erwerbsfähigen Alter nur 23 % einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen, 11 % sind teilzeit- und 8 % sind geringfügig beschäftigt. 58 % sind nicht erwerbstätig. Der Umfang der Vollzeit-Erwerbstätigkeit von Pflegenden hängt auch von dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit ab: bei ständig pflegebedürftigen Älteren sind nur 9 % vollzeit erwerbstätig, bei mehrfach wöchentlich Pflegebedürftigen dagegen 31 % (S. 10)

²⁶ Wie hoch der Anteil der Erwerbstätigen ist, die einen Pflegebedürftigen versorgen, hängt auch von methodischen Festlegungen ab. Nach Beck, Naeyele, Reichert und Dallinger ist bei "enger Definition" mit einer Prävalenzrate von 1 bis 2 % zu rechnen, die allerdings für die Gruppe der erwerbstätigen Frauen mit über 3 % deutlich höher ist (1997, S. 11)

²⁷ Diese Werte ergeben sich auf der Grundlage der im Mikrozensus für 1998 ermittelten altersspezifischen Quoten für Männer und Frauen: Wirtschaft u. Statistik, 1999, S. 165

beschreibt also lediglich, wie sich die *Chance* einer Versorgung von Pflegebedürftigen durch die “Kinder-Generation” aufgrund von demographischen und sozialen Entwicklungen verändern könnte.

1.3 Pflegepotential für Pflegebedürftige unter 60

Für Pflegebedürftige unter 60 Jahre gehen wir davon aus, daß das informelle Pflegepotential vor allem über die Altersgruppen der 30- bis 50jährigen bereitgestellt wird: in erster Linie durch Eltern und Ehegatten oder Partner. Unter Berücksichtigung der Erwerbsquoten ergibt sich der folgende Schätzwert für das Pflegepotential dieser Altersgruppe zum Zeitpunkt t:

$$(5) \quad \text{POTU60}_t = \text{NM}_{t30-40} * (1 - \text{EQM}_{t30-40}) + \text{NM}_{t40-50} * (1 - \text{EQM}_{t40-50}) \\ + \text{NF}_{t30-40} * (1 - \text{EQF}_{t30-40}) + \text{NF}_{t40-50} * (1 - \text{EQF}_{t40-50})$$

1.4 Gesamtes informelles Pflegepotential

Das gesamte durch Ehegatten/Partner und “Kinder” bereitgestellte Pflegepotential für eine Altersgruppe i zur Zeit t ergibt sich in der folgenden Weise:

$$(6) \quad \text{POTGES}_{ti} = \text{POTGAT}_{ti} + \text{POTKIND}_{ti}$$

Das insgesamt zur Zeit t vorhandene informelle Pflegepotential für alle Altersgruppen ist dann:

$$(7) \quad \text{POTGES}_t = \sum_{i=1}^4 \text{POTGES}_{ti} + \text{POTU60}_t$$

Auch hier sei noch einmal darauf hingewiesen, wie diese Kennziffer zu interpretieren ist: Sie gibt keine Auskunft darüber, wieviel Ehegatten/Partner oder “Kinder” tatsächlich zum Pflegen bereit sind, sondern beschreibt lediglich, wie sich die *Chancen* einer solchen Versorgung durch nahe Angehörige im Zeitverlauf verändern könnten.

2. Pflegearrangements

2.1 Anzahl und Anteil stationär und ambulant Versorgter in verschiedenen Altersgruppen:

$$(8) \quad \text{STAT}_{ti} = \text{PB}_{ti} * \text{HQ}_{ti}$$

$$(9) \quad \text{AMB}_{ti} = \text{PB}_{ti} * (1 - \text{HQ}_{ti})$$

$$(10) \quad HQ_{ti} = HQ_{1998i} * POTGES_{1998i} / POTGES_{ti28}$$

Die Anzahl der zum Zeitpunkt t stationär Versorgten der Altersgruppe i ($STAT_{ti}$) ergibt sich aus der Zahl der Pflegebedürftigen in Altersgruppe i (PB_{ti}) multipliziert mit der altersspezifischen Heimquote für diesen Zeitpunkt (HQ_{ti}); die Zahl der ambulant Versorgten (AMB_{ti}) durch die Multiplikation mit $(1 - HQ_{ti})$.

Die altersspezifische Heimquote für die Zeit t (HQ_{ti}) ergibt sich aus der altersspezifischen Heimquote für 1998 (HQ_{1998i}) gewichtet mit dem Quotienten aus Pflegepotential für Altersgruppe i im Basisjahr 1998 ($POTGES_{1998i}$) und Pflegepotential für die Altersgruppe i zum Zeitpunkt t ($POTGES_{ti}$).

Der Schätzwert für die Zahl der stationär Versorgten berücksichtigt also, daß die Entscheidung zu einem Heim vom Grad der Pflegebedürftigkeit bzw. vom Alter abhängt und andererseits aber auch davon, wie sich das informelle Pflegepotential im Vergleich zum Basisjahr 1998 entwickelt hat. Ist dieses Potential zum Zeitpunkt t kleiner als im Jahr 1998, wird die Heimquote auch entsprechend höher sein.²⁹

$$(11) \quad STAT_t = \sum_{i=1}^5 STAT_{ti}$$

$$(12) \quad AMB_t = \sum_{i=1}^5 AMB_{ti}$$

Die Gesamtzahl der stationär bzw ambulant Versorgten zur Zeit t ergibt sich aus der Aufsummierung über die fünf Altersgruppen: Pflegebedürftige < 60, 60-70, 70-80, 80-90 und >90.

2.2 Pflegearrangements von Pflegebedürftigen in Privathaushalten

Es gibt mittlerweile eine ganze Reihe von Untersuchungen die Auskunft darüber geben, was für Pflegearrangement sich unter den Bedingungen der PV seit 1996 entwickelt haben.³⁰ Die in diesen Studien beschriebenen Konstellationen lassen sich leider nur in einer sehr wenig differenzierten Weise in unser Szenario übernehmen. Das ist deshalb so, weil es keine Daten in Form von Zeitreihen gibt, die es ermöglichen würden, die Effekte von demographischen oder gesellschaftlichen Veränderungen auf die Verteilung von Pflegearrangements mit statistischen

²⁸ Zur Begründung der hier gewählten Funktion zur Beschreibung der Abhängigkeit der Heimquote von der Veränderung des Pflegepotentials vgl. den Exkurs am Ende dieses Kapitels.

²⁹ Wir sind nicht den Weg gegangen, normativ eine bestimmte Heimquote festzulegen, wie Rothgang es in seiner Expertise tut.

³⁰ Blinkert, B./Klie, T. (1999); Runde, P., Giese, R. (1999)

Methoden zu schätzen. Zu einigermaßen begründbaren Schätzwerten können wir nur kommen, wenn wir sehr grobe Kategorien berücksichtigen und dabei von den gleichen Überlegungen ausgehen wie bei der Schätzung von Anteilen für ambulant und stationär Versorgte und die Verhältnisse für das Basisjahr 1998 zugrundelegen. Für die folgenden Aspekte von Pflegearrangements erscheint uns diese Methode praktikabel und vertretbar:

- Anteil der häuslich Versorgten, die berufliche Pflegekräfte in Anspruch nehmen
- Anteile der gewählten Leistungsarten: Geldleistungen, Sach- und Kombileistungen

Um zu Schätzwerten für den Betrachtungszeitraum zu kommen, gehen wir von der Annahme aus, daß die Wahl von Sach- und Kombileistungen und die Inanspruchnahme von professionellen Diensten vor allem von zwei Faktoren abhängig ist: Zum einen werden Sach- und Kombileistungen und berufliche Hilfen mit steigendem Alter und einer damit verbundenen Zunahme der Pflegebedürftigkeit häufiger gewählt. Zum anderen aber haben die sich daraus ergebenden Pflegearrangements auch eine Entlastungsfunktion für pflegende Angehörige, bzw. werden vor allem dann gewählt, wenn aufgrund eines prekären oder labilen Unterstützungsnetzwerks mit informellen Hilfen nicht oder nur sehr unsicher gerechnet werden kann.³¹

Schätzwerte für die Inanspruchnahme von beruflich geleisteten Hilfen

Für die Inanspruchnahme von beruflich geleisteten Hilfen wird diese Annahme in dem Modell in der folgenden Weise abgebildet:

$$(13) \quad \text{BERUF}_{it} = \text{AMB}_{it} * \text{IAQB}_{it}$$

$$(14) \quad \text{IAQB}_{it} = \text{IAQB}_{1998i} * \text{POTGES}_{1998i} / \text{POTGES}_{it}$$

Die in der Altersgruppe i zur Zeit t von häuslich versorgten Pflegebedürftigen (AMB_{it}) in Anspruch genommenen professionellen Dienste (BERUF_{it}) ergeben sich aus der für 1998 ermittelten altersspezifischen Inanspruchnahmequote (IAQB_{1998i}) unter Berücksichtigung der Veränderung des informellen Pflegepotentials gegenüber dem Basisjahr 1998 ($\text{POTGES}_{1998i} / \text{POTGES}_{it}$).

Die in verschiedenen Untersuchungen ermittelten Anteile von Pflegebedürftigen in Privathaushalten, die berufliche Hilfe in Anspruch nehmen, schwanken zwischen 30 % und 40 % (Schneekloth, U., 1999, S. 108; Runde, P., Giese, R., 1999, S. 343; Blinkert, B., Klie, T., 1999, S. 102). Wir nehmen an, daß für das Basisjahr 1998 ein Anteil von insgesamt 35 % einigermaßen realistisch ist. Die Anteilswerte für einzelne Altersgruppen haben wir unserer eigenen

³¹ Vgl. dazu Blinkert/Klie, 1999, S. 155 f

Untersuchung entnommen (vgl. Teil I, Kap. 3):

Tabelle 13: Inanspruchnahmequoten für professionelle Dienste für das Basisjahr 1998 (IAQB_{1998i})

	Alter				
	unter 60	60-70	70-80	80-90	>90
insgesamt					
35 %	20 %	25 %	35 %	45 %	45 %

$$(15) \quad \text{BERUF}_t = \sum_{i=1}^5 \text{BERUF}_{ti}$$

Ein Schätzwert für die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt, die zum Zeitpunkt t berufliche Dienste in Anspruch nehmen, ergibt sich aus der Aufsummierung über die fünf hier betrachteten Altersgruppen.

Schätzwerte für die Wahl von Geld-, Sach- und Kombileistungen

Die Wahl von Sach- und Kombileistungen steht in einem engen Zusammenhang mit der Inanspruchnahme beruflicher Hilfen. Für das Modell gehen wir davon aus, daß für den gesamten Betrachtungszeitraum die gleichen Proportionalitäten wie 1998 für das Verhältnis zwischen Sach- bzw. Kombileistungen und Inanspruchnahme beruflicher Dienste vorherrschen. Diese Konstanz läßt sich durch Multiplikatoren berücksichtigen, die auf der Grundlage der Verhältnisse von 1998 ermittelt wurden:

$$(16) \quad \text{SACH}_t = \text{BERUF}_t * \text{MS}_t \quad \text{MS}_t = 0.308$$

$$(17) \quad \text{KOMBI}_t = \text{BERUF}_t * \text{MK}_t \quad \text{MK}_t = 0.388$$

$$(18) \quad \text{GELD}_t = \text{AMB}_t - (\text{SACH}_t + \text{KOMBI}_t)$$

2.3 Pflegepotential und Netzwerktypen

Im Hinblick auf die Wahl von Pflegearrangements hat sich insbesondere eine Typologie bewährt, in der die Stabilität von Beziehungen zu einem informellen Hilfenetzwerk im Vordergrund steht. Diese Stabilität hing in der Vergangenheit am ehesten davon ab, ob Angehörige vorhanden sind und in welcher Nähe Angehörige für einen Pflegebedürftigen erreichbar sind. Unter diesem Gesichtspunkt haben wir die folgenden Typen vorgeschlagen:³²

³² Blinkert, B./Klie, T., 1999, S. 81 ff

- stabile Netzwerke: Angehörige leben im Wohnbereich der pflegebedürftigen Person (im gleichen Haushalt, in der gleichen Wohnung, im gleichen Haus). Rund 85 % der ambulant Versorgten konnten 1996 über ein solches Netzwerk mit Hilfewahrscheinlichkeiten von rund 90 % verfügen.
- labile Netzwerke: Die pflegebedürftige Person lebt nicht mit Angehörigen zusammen, aber Angehörige sind im Nahbereich, d.h. zu Fuß, erreichbar. Rund 10 % der Pflegebedürftigen konnten diesem Typ zugeordnet werden. Die Unterstützungswahrscheinlichkeiten waren deutlich niedriger und lagen bei rund 60 %.
- prekäre Netzwerke: mit sehr geringen Unterstützungswahrscheinlichkeiten (rund 20 %) und Angehörigen nur im Fernbereich, also in einem anderen Stadtteil oder in einem anderen Ort. Ungefähr 5 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen haben ein Netzwerk, das diesem Typ entspricht.

Diese von uns gebildeten Netzwerktypen sind in dem Konzept „Pflegepotential“ implizit enthalten: Mit dem Pflegepotential wird ja in erster Linie beschrieben, wie sich die Chancen für eine Unterstützung durch nahe Angehörige aufgrund des sozialen und demographischen Wandels verändern.

Daraus ergibt sich auch eine Möglichkeit, für unsere Szenarien (2,3 und 4) zu Schätzwerten über die Veränderung des Anteils und der Anzahl der verschiedenen Netzwerktypen zu kommen. Eine solche Schätzung muß von der Annahme ausgehen, daß sich die quantitative Bedeutung der oben beschriebenen Typen im Untersuchungszeitraum gegenüber dem Basisjahr 1998 proportional zur Veränderung des Pflegepotentials verändert: sinkt das Pflegepotential gegenüber dem Kennwert von 1998 wäre dann zu erwarten, daß der Anteil der stabilen Netzwerke entsprechend ab- und der Anteil der labilen und prekären Netzwerke zunimmt.

$$(18) \quad QSTAB_t = QSTAB_{98} * POTGES_t / PPOTGES_{98}; \text{ Quote stabile Netzwerke}$$

$$(19) \quad QLAPRE_t = 1 - QSTAB_t; \text{ Quote labile und prekäre Netzwerke}$$

$$(20) \quad STAB_t = AMB_t * QSTAB_t; \text{ Anzahl stabile Netzwerke}$$

$$(21) \quad LAPRE_t = AMB_t * QLAPRE_t; \text{ Anzahl labile und prekäre Netzwerke}$$

Exkurs: Warum ist gerade die von uns gewählte Funktion für die Abhängigkeit der Heimquote vom Pflegepotential sinnvoll?³³

Zur Beschreibung der Abhängigkeit der Heimquote (wie auch der Quote für die Inanspruchnahme beruflicher Leistungen) haben wir drei Alternativen in Erwägung gezogen:³⁴

1. $HQ_t = HQ_{1998} * POTGES_{1998} / POTGES_t$
2. $HQ_t = HQ_{1998} * \{1 + (1 - POTGES_t / POTGES_{1998})\}$
3. $HQ_t = 1 - AMBQ_{1998} * POTGES_t / POTGES_{1998}$ ³⁵

Alle drei Alternativen haben mathematisch und empirisch unplausible Bereiche: Werte für die Heimquote > 100 oder < 0 und sind deshalb nur innerhalb einer bestimmten Bandbreite sinnvoll anwendbar. Wichtig wäre es nun, auf empirische Weise eine Funktion zu finden, mit der sich die zu erwartenden nichtlinearen Abhängigkeiten (asymptotische Annäherungen an 100 % und 0 %) zutreffend beschreiben lassen. Das Problem ist leider, daß die Schätzung der Parameter für eine nichtlineare Funktion aufgrund fehlender Daten nicht möglich ist. Deshalb haben wir uns zu einer Funktion entschieden, die einerseits unter fachlich-inhaltlichen Gesichtspunkten plausibel ist und die andererseits so einfach wie möglich sein sollte, wenn es keine Evidenz für eine komplexere Funktion gibt. Eine regressionsanalytische Schätzung von Parametern war leider nicht möglich: Zeitreihen für Makrodaten sind überhaupt nicht vorhanden und die Mikrodaten aus unserer Baden-Württemberg-Studie lassen sich dafür nicht verwenden, da sie sich nur auf die Situation von *häuslich* versorgten Pflegebedürftigen beziehen.

Die von uns in Erwägung gezogenen Alternativen unterscheiden sich letztlich im Hinblick auf ihre "Elastizitäten" innerhalb "vernünftiger Bandbreiten": Wie "reagiert" die Heimquote auf Veränderungen des Quotienten $POTGES_t / POTGES_{1998}$ bzw. $POTGES_{1998} / POTGES_t$? Die untenstehende Abbildung vermittelt für die Ausgangsbedingungen $HQ=30\%$ und $AMBQ=70\%$ einen Eindruck von den Unterschieden in den Elastizitäten für den Bereich von 10 (das Pflegepotential zur Zeit t beträgt nur noch 1/10 des Potentials von 1998) bis 200 (das Potential in t ist doppelt so groß wie das Potential von 1998).

Die Abbildung macht deutlich, daß die von uns bevorzugte Gleichung (Variante 1) bei z.B. einer Ausgangsquote von 30 % für die in Heimen Versorgten auf keinen Fall anwendbar ist für Situationen, in denen das Pflegepotential zu einem bestimmten Zeitpunkt geringer ist als 30 % des Pflegepotentials des Basisjahres. Es würde sich dann rechnerisch eine Heimquote von 100 % ergeben. Von einem solchen Grenzwert sind jedoch die Bedingungen in allen Szenarien weit entfernt. Das Pflegepotential für die verschiedenen Altersgruppen sinkt auch unter den Bedingungen von Szenario 3 nie unter einen Wert von rund 65 % des Basisjahres und auch unter Berücksichtigung der Ausgangswerte für altersspezifische Heimquoten können innerhalb der empirisch sinnvollen Bandbreiten keine unplausiblen Werte entstehen. Hier sei auch angemerkt, daß wirklich dramatische demographische Veränderungen auftreten müßten - noch viel dramatischer als das in der Bevölkerungsvorausrechnung angenommen wird - damit Grenzwerte unter- oder überschritten werden.

Auch für die Alternativen 2 und 3 lassen sich "kritische Bereiche" für die hier angenommene Ausgangsquote von

³³ Zu diesem Exkurs wurden wir durch die Kritik von Rothgang und Schmähl an unserem Gutachten angeregt. (Rothgang, Schmähl, 2001) In dieser Kritik wird die von uns gewählte Funktion zur Beschreibung der Abhängigkeit der Heimquote vom Pflegepotential als fehlerhaft bezeichnet, weil sich rein rechnerisch auch negative Heimquoten ergeben könnten. Die Stellungnahme von Rothgang und Schmähl hat uns deutlich gemacht, daß es wichtig ist, die für uns maßgeblichen Überlegungen zu der gewählten Funktionsform zu dokumentieren.

³⁴ Nicht berücksichtigt ist bei den folgenden Gleichungen, daß in unserem Modell immer altersspezifische Heimquoten berechnet werden.

³⁵ Das ist die von Rothgang und Schmähl bevorzugte Alternative.

30 % bestimmen. Bei der Variante 2 wird die Heimquote negativ, wenn das Pflegepotential zur Zeit t rund 190 % des Potentials von 1998 erreicht. Bei Variante 3 (von Rothgang und Schmähl bevorzugt) ergeben sich negative Heimquoten ab einer Größe des Pflegepotentials von rund 140 % des Basisjahres.

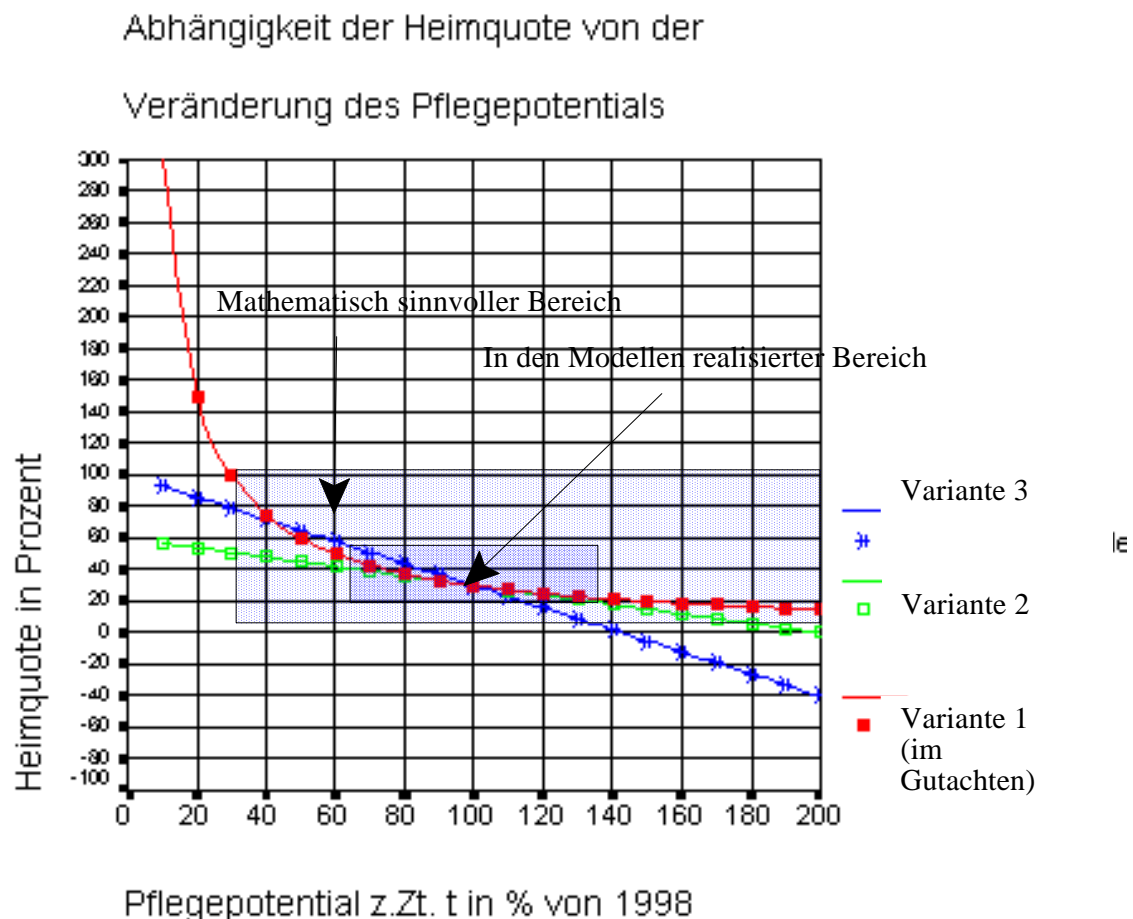


Abbildung 5

Im großen und ganzen kann man davon ausgehen, daß innerhalb empirisch sinnvoller Bandbreiten im Prinzip alle drei Funktionsformen in Betracht kommen könnten. Allerdings wird bei Variante 3 ein kritischer Bereich nahezu erreicht: in Szenario 4 für die Altersgruppe der 80- bis 90jährigen im Jahr 2020. Diese Variante führt dann zumindest unter diesen Bedingungen, auch unter Berücksichtigung der altersspezifischen Ausgangsquote, zu unplausiblen Werten.

Was spricht nun unter inhaltlichen Gesichtspunkten für bzw. gegen die drei Varianten? Für die Varianten 2 und 3 spricht die Einfachheit: Die Veränderungsrate für die Heimquote sind konstant, es besteht eine lineare Abhängigkeit der Heimquote von der Veränderung des Pflegepotentials gegenüber dem Basisjahr.

Gegen Variante 2 und 3 und für die von uns gewählte Variante 1 spricht folgendes: Wenn das Pflegepotential *steigt*, verringert sich die Heimquote, und nähert sich mit zunehmend geringeren Raten einem unteren Grenzwert. Dem liegt die Vermutung zugrunde, daß es immer einen Heimbedarf geben wird, auch dann, wenn das Pflegepotential sehr hoch werden sollte. Wenn das Pflegepotential sich *verringert*, dann steigt die Heimquote und zwar mit zunehmend größeren Raten. Dem liegt die Vermutung zugrunde, daß eine Art Eigendynamik einsetzt: die Ausweitung von Heimkapazitäten schafft sich auch ihre eigene Nachfrage, die dann zusätzlich zu dem

geringer gewordenen Pflegepotential die Heimquote steigert. Außerdem wird durch die zunehmende Inanspruchnahme der Heimpflege diese auch in zunehmendem Maße gesellschaftlich akzeptiert, wird gewissermaßen zur Norm, was die Hemmschwelle senken und ebenfalls zu einem zusätzlichen Anstieg führen könnte.

Die von uns gewählte Variante 1 liegt mit ihren Ergebnissen in dem für die Szenarien relevanten Bereichen zwischen den Varianten 2 und 3. Welche der Varianten die Realität besser abbilden kann, ist letztlich eine empirische Frage und läßt sich allein aufgrund von analytischen Überlegungen nicht entscheiden.

2. Szenarien zur Schätzung der Auswirkung von demographischen und sozialen Veränderungen auf Pflegearrangements

Szenario 1: Pflegearrangements ohne Berücksichtigung von Veränderungen des Pflegepotentials

(1) Beschreibung der Voraussetzungen

Dieses Szenario geht von der unrealistischen Annahme aus, daß sich nur die Anzahl der Pflegebedürftigen und ihre Verteilung auf verschiedene Altersgruppen ändert, nicht aber das "informelle Pflegepotential". Untersucht wird, wie sich die zahlenmäßige Bedeutung verschiedener Pflegearrangements unter diesen Bedingungen verändern würde - wenn also demographische und soziale Bedingungen, die Einfluß auf das "informelle Pflegepotential" haben könnten, im Betrachtungszeitraum bis 2050 unverändert bleiben.

Unter diesen Bedingungen läßt sich eine Modellrechnung mit den Anteilen für verschiedene Arrangements in den hier berücksichtigten Altersgruppen durchführen. Bei den Modellrechnungen wird angenommen, daß im gesamten Betrachtungszeitraum das informelle Pflegepotential immer die gleiche Größe besitzt wie 1998. Aufgrund der unveränderten Pflegepotentiale und -bereitschaften bleiben die Anteile für verschiedene Pflegearrangements in den Altersgruppen zwar konstant, Anzahl und Anteil verschiedener Arrangements verändern sich aber aufgrund der sich ändernden Zahl von Pflegebedürftigen in den betrachteten Altersgruppen.

(2) Ergebnisse

Ambulant und stationär Versorgte

Tabelle 14:

Ambulant und stationär Versorgte 1998 bis 2050

		Pflegebedürftige insges.	ambulant Versorgte Szenario 1	stationär Versorgte Szenario 1	Anteil stationär versorgt, S1
Jahr	1998	1812	1273	540	.30
	2000	1890	1323	567	.30
	2010	2209	1535	674	.31
	2020	2584	1765	819	.32
	2030	2812	1907	904	.32
	2040	3111	2102	1009	.32
	2050	3446	2281	1165	.34

Modellrechnung zu Szenario 1: unverändertes Pflegepotential

Die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen würde allein aufgrund der zu erwartenden Altersumschichtung bei den Pflegebedürftigen von 540.000 auf rund 1,2 Millionen (2050) steigen. Ihr Anteil würde von 30 % auf 34 % zunehmen.

Pflegearrangements von Pflegebedürftigen in Privathaushalten

Tabelle 15:

Verschiedene Leistungsarten 1998 bis 2050

		ambulant Versorgte Szenario 1	IA von berufl.Helfern Szenario 1	Geldleistungen Szenario 1	Sachleistungen Szenario 1	Kombileistungen Szenario 1
Jahr	1998	1273	448	961	138	174
	2000	1323	468	996	145	182
	2010	1535	562	1144	174	217
	2020	1765	667	1300	209	256
	2030	1907	723	1396	230	281
	2040	2102	817	1529	258	315
	2050	2281	913	1639	294	348

Modellrechnung zu Szenario 1: unverändertes Pflegepotential

Tabelle 16:

Anteile verschiedener Leistungsarten 1998 bis 2050

		Anteil, die berufl.Helfer in Anspruch nehmen S1	Anteil Geldleistungen Szenario 1	Anteil Sachleistungen Szenario 1	Anteil Kombileistungen Szenario 1
Jahr	1998	.35	.75	.11	.14
	2000	.35	.75	.11	.14
	2010	.37	.75	.11	.14
	2020	.38	.74	.12	.15
	2030	.38	.73	.12	.15
	2040	.39	.73	.12	.15
	2050	.40	.72	.13	.15

Modellrechnung zu Szenario 1: unverändertes Pflegepotential

Die Anzahl der Sachleistungsempfänger würde von rund 140.000 auf knapp 300.000 steigen, mit einer Veränderung des Anteils von 11 % auf 13 %. Bei den Kombileistungen wäre eine Zunahme von rund 170.000 auf ca. 350.000 zu erwarten. Die Inanspruchnahme beruflich geleisteter Hilfen würde von rund 450.000 auf ca. 900.000 steigen. Der Anteil würde von derzeit rund 35 % auf

40 % zunehmen.

Bei den Sach- und Kombileistungen und für die Inanspruchnahme beruflicher Leistungen wäre unter den (unrealistischen!) Bedingungen von Szenario 1 also rund eine Verdoppelung der Zahlen zu erwarten. Die Bedingungen dieses Szenarios sind deshalb unrealistisch, weil unterstellt wird, daß sich das informelle Pflegepotential nicht verändert. Ein Vergleich mit den anderen Szenarien läßt erkennen, welche Bedeutung demographische und soziale Entwicklungen haben könnten, von denen ein Einfluß auf dieses Pflegepotential zu erwarten ist.

Szenario 2: demographische Veränderungen bei stagnierendem gesellschaftlichem Wandel - keine Veränderung der Erwerbsquoten von Frauen

(1) Beschreibung der Voraussetzungen

In diesem Szenario wird untersucht, wie sich die Pflegearrangements von Pflegebedürftigen entwickeln könnten, wenn sich demographische Bedingungen in einer erwartbaren Weise verändern. Diese Entwicklungen betreffen in erster Linie die in der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 2) ausgewiesenen Veränderungen in der Altersverteilung der Bevölkerung. Berücksichtigt werden auch schon erkennbare gesellschaftliche Entwicklungen, die sich in einer Veränderung des Anteils der Zusammenlebenden in den höheren Altersgruppen zeigen werden. Nicht berücksichtigt wird ein noch weitergehender sozialer Wandel, der sich als Fortsetzung des Trends zur "Individualisierung" manifestieren könnte. Die in Szenario 2 berücksichtigten Veränderungen haben Auswirkungen auf das durch Ehegatten bzw. Partner und Kinder bereitgestellte "Pflegepotential". Dabei werden die folgenden Annahmen gemacht:

1. Der Anteil der Zusammenlebenden in den höheren Altersgruppen nimmt ab und verändert sich in der folgenden Weise:

Tabelle 17:

Anteil der Zusammenlebenden in höheren Altersgruppen (in Prozent)				
Jahr	60 b.u. 70	70 b.u. 80	80 b.u. 90	90 u.m.
1998	76,0	55,1	27,5	12,7
2000	76,2	55,4	26,1	11,2
2010	71,0	54,1	24,1	1,6
2020	65,9	49,8	24,0	1,6
2030	58,1	46,6	21,8	1,5
2040	56,5	40,6	20,4	1,5
2050	56,7	39,7	17,4	1,4

Quelle: Mikrozensus 1998, 9. Koord.; J. Roloff, Hochrechnungsergebnisse (siehe Anhang 2)

2. Die Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen ändert sich nicht und wird mit den Werten für 1998 berücksichtigt:

Tabelle 18: Erwerbsquoten in verschiedenen Altersgruppen für Männer und Frauen - 1998

	Männer				Frauen			
	30-40	40-50	50-60	60-65	30-40	40-50	50-60	60-65
1998	97 %	96 %	85 %	30 %	79 %	80 %	63 %	12 %

Quelle: Eigenberechnung auf der Grundlage des Mikrozensus

(2) Ergebnisse

Pflegepotential

Tabelle 19:

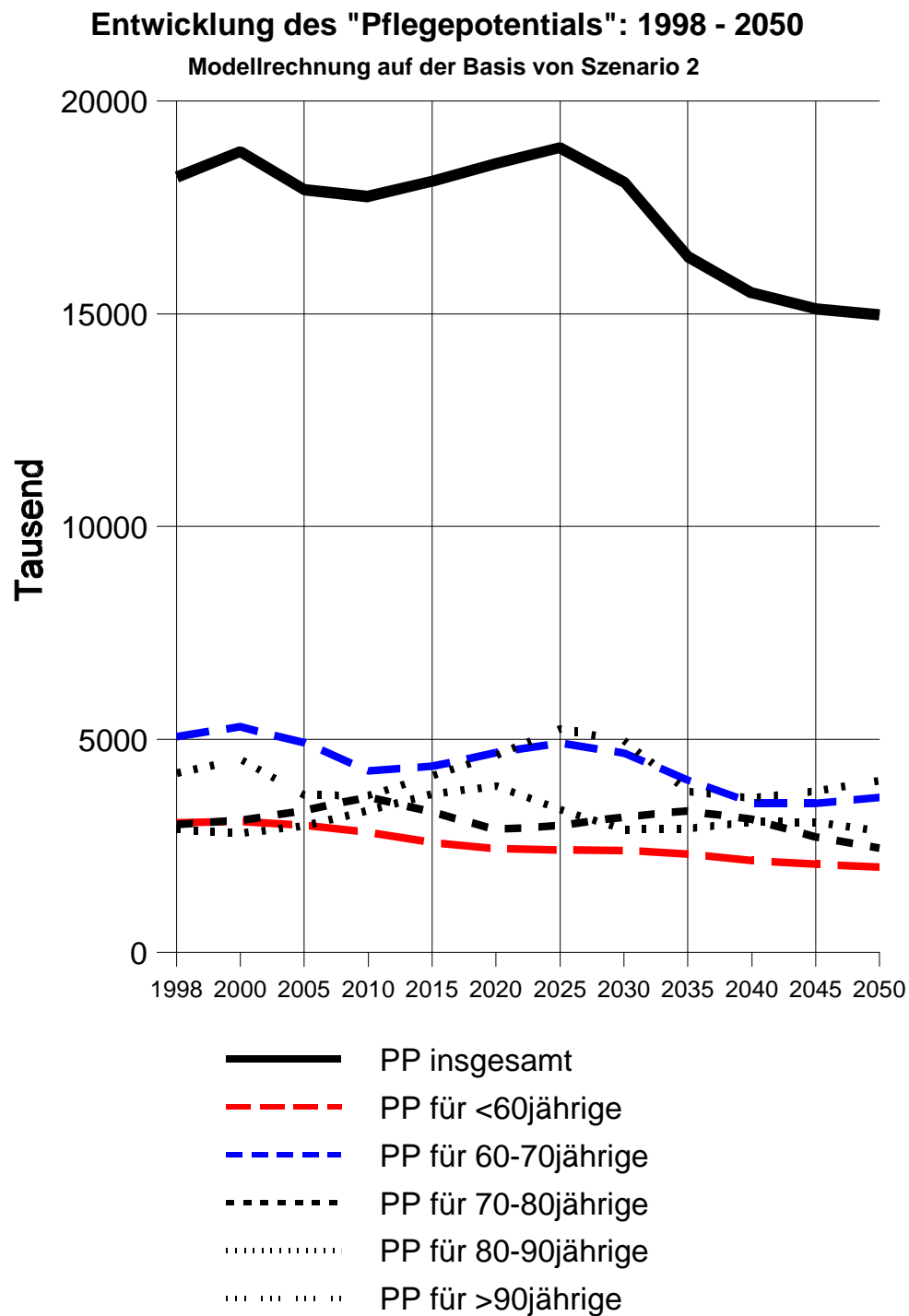
**gesamtes Pflegepotential und Pflegepotential für verschiedene Altersgruppen
Angaben in 1000**

	Jahr						
	1998	2000	2010	2020	2030	2040	2050
gesamtes Pflegepotential, S2	18220	18811	17761	18539	18102	15497	14988
Pflegepotential für <60, S2	3042	3072	2826	2437	2391	2158	2010
ges. Pfl.Pot. für 60-70jährige, S2	5074	5305	4272	4691	4681	3507	3640
ges. Pfl.Pot. für 70-80jährige, S2	3007	3106	3653	2888	3188	3128	2451
ges. Pfl.Pot. für 80-90jährige, S2	2888	2793	3333	3901	2875	3075	2852
ges. Pfl.Pot. 90jährige u.ä., S2	4209	4535	3677	4623	4967	3628	4033

Modellrechnung Szenario 2

Das Pflegepotential insgesamt - also für alle Altersgruppen - würde unter den Bedingungen von Szenario 2 bis ungefähr 2020 annähernd konstant bleiben, sich dann aber deutlich verringern. Die Entwicklung ist für die einzelnen Altersgruppen der Pflegebedürftigen allerdings uneinheitlich und hängt ab von der sich ändernden Alterszusammensetzung der Bevölkerung. Bei den unter 60jährigen und in der Altersgruppe der 60- bis 70jährigen ist eine relativ kontinuierliche Verschlechterung der Versorgungssituation bis 2050 zu erwarten. Bei den über 70jährigen steigt das informelle Pflegepotential zunächst und verringert sich erst zu einem späteren Zeitpunkt. Diese ungleichmäßige Entwicklung beruht auf Veränderungen im Altersaufbau und auf den abnehmenden Anteilen für Zusammenlebende in den Altersgruppen ab 60 Jahre und älter. Zu berücksichtigen ist bei der Interpretation, daß für dieses Szenario noch keine Veränderung der Erwerbsquoten angenommen wurde.

Abbildung 6



Ambulant und stationär Versorgte

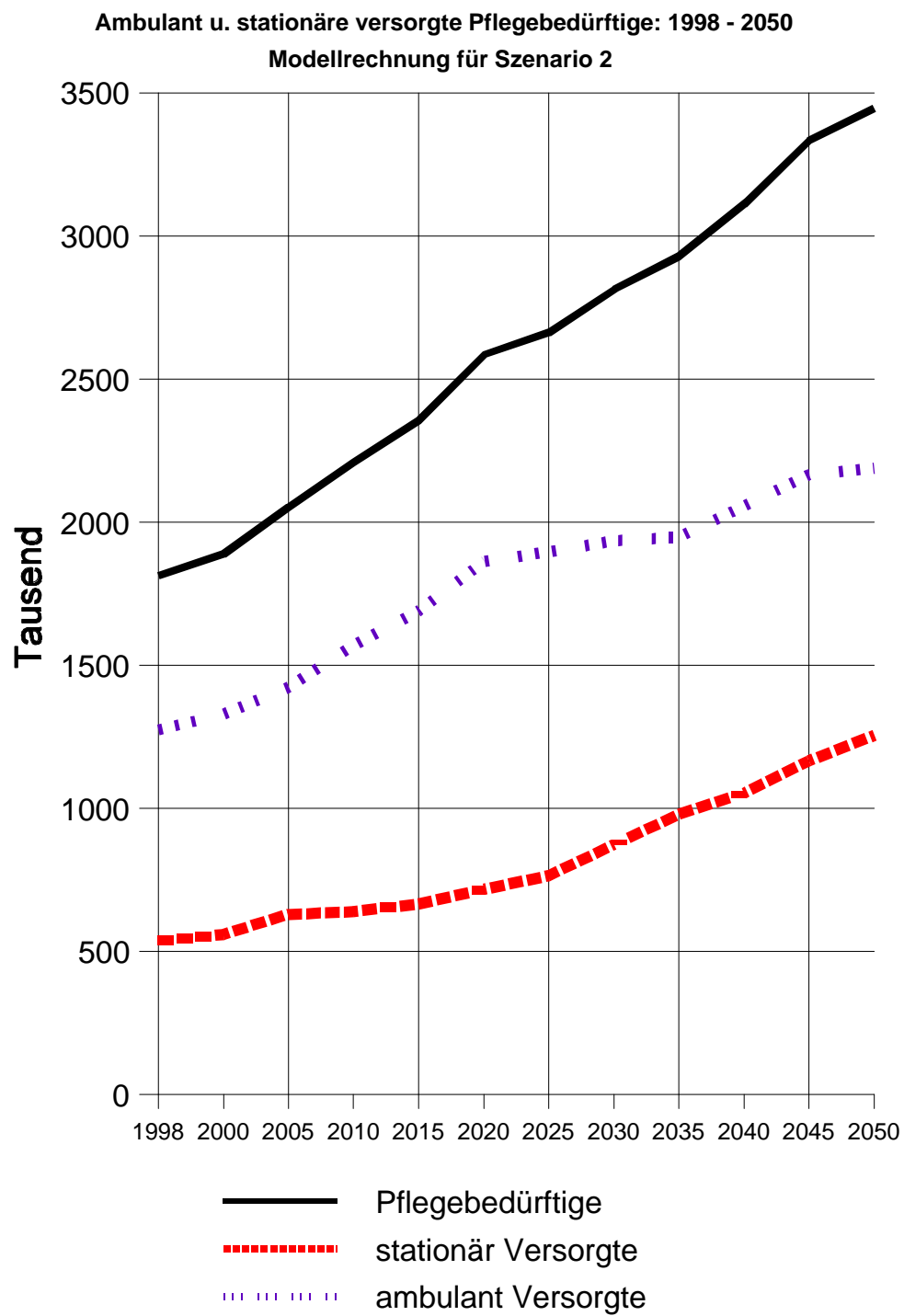
Tabelle 20:**Ambulant und stationär Versorgte 1998 bis 2050**

		Pflegebedürftige insgesamt	Anteil stationär, S2	stationär insges. S2	ambulant insges. S2
Jahr	1998	1812	.30	540	1273
	2000	1890	.30	560	1330
	2010	2209	.29	640	1569
	2020	2584	.28	719	1865
	2030	2812	.31	875	1937
	2040	3111	.34	1054	2057
	2050	3446	.36	1256	2190

Modellrechnung zu Szenario 2: verändertes Pflegepotential

Die Zahl der in Heimen versorgten Pflegebedürftigen würde unter den Bedingungen von Szenario 2 von rund 540.000 bis 2050 auf ca. 1.3 Millionen zunehmen. Der Anteil der stationär Versorgten würde von 30 % auf 36 % steigen.

Abbildung 7



Pflegearrangements von Pflegebedürftigen in Privathaushalten

Tabelle 21:**Empfänger verschiedener Leistungen 1998 bis 2050**

		ambulant insges. S2	IA von berufl.Helfern S2	Geldleistungen, S2	Sachleistungen, S2	Kombileist ungen, S2
Jahr	1998	1273	448	961	138	174
	2000	1330	466	1006	143	181
	2010	1569	534	1197	165	207
	2020	1865	624	1431	192	242
	2030	1937	720	1436	222	279
	2040	2057	824	1484	254	320
	2050	2190	956	1524	294	371

Modellrechnung zu Szenario 2: Veränderung des Pflegepotentials

Tabelle 22:**Anteil verschiedener Leistungen 1998 bis 2050**

		Anteil IA beruflicher Leistungen	Anteil Geldleistungen, S2	Anteil Sachleistungen, S2	Anteil Kombileist ungen, S2
Jahr	1998	.35	.76	.11	.14
	2000	.35	.76	.11	.14
	2010	.34	.76	.10	.13
	2020	.33	.77	.10	.13
	2030	.37	.74	.11	.14
	2040	.40	.72	.12	.16
	2050	.44	.70	.13	.17

Modellrechnung zu Szenario 2: Veränderung des Pflegepotentials

Die Zahl der Sachleistungsempfänger würde auf rund 300.000 steigen, der Anteil der Sachleistungen von 11 % auf 13 % (2050). Die Kombileistungen würden auf ca. 370.000 zunehmen, mit einem Anteil von 17 % (2050) und die Inanspruchnahme beruflicher Hilfen würde von rund 450.000 auf ca. 960.000 zunehmen. Der Anteil würde sich von 35 % auf 44 % verändern.

Netzwerktypen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten

Etwa ab 2025/2030 ist wegen der zu erwartenden demographischen Veränderungen auch unter den für Szenario 2 angenommenen Bedingungen eines moderaten sozialen Wandels mit einer erheblichen Zunahme der Anzahl und des Anteils labiler bzw. prekärer Netzwerkkonfigurationen zu rechnen.

Tabelle 23:

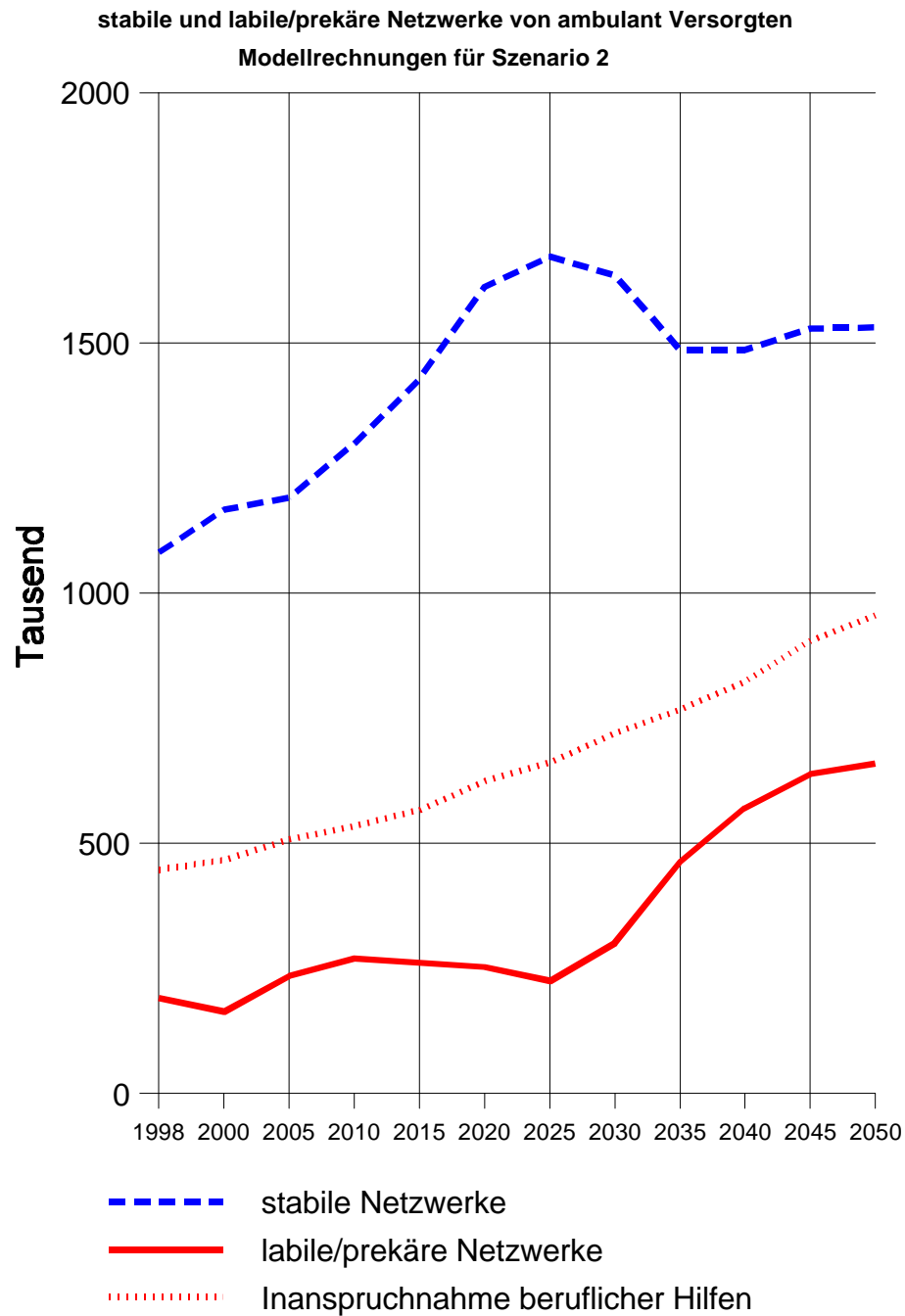
Haushaltstypen von ambulant Versorgten
Angaben in 1000

		ambulant insges. S2	Anteil labiles,prekäres Netzwerk, S2	Anzahl labiles, prekäres Netzwerk, S2
Jahr				
	1998	1273	,15	191
	2000	1330	,12	163
	2010	1569	,17	269
	2020	1865	,14	252
	2030	1937	,16	301
	2040	2057	,28	570
	2050	2190	,30	659

Modellrechnung Szenario 2

Der Anteil labiler bzw. prekärer Netzwerke mit nur geringen Hilfewahrscheinlichkeiten durch eigene Angehörige würde 2050 für das Bundesgebiet insgesamt mit 30 % eine Größenordnung erreichen, die gegenwärtig nur für stark urbanisierte Regionen beobachtbar ist. Diese Veränderung verläuft parallel zu dem bereits berichteten deutlichen Anstieg der Nachfrage nach beruflich geleisteten Hilfen und ist die wesentliche Ursache für diese Entwicklung.

Abbildung 8



Szenario 3: demographische und gesellschaftliche Veränderungen - Zunahme der Erwerbsbeteiligung von Frauen

(1) Beschreibung der Voraussetzungen

In diesem Szenario wird angenommen, daß sich der gegenwärtig beobachtbare soziale Wandel, der sich als „Trend zur Individualisierung“ beschreiben läßt, weiter fortsetzt. Neben Auswirkungen im Bereich von Ehe und Familie, die bereits in Szenario 2 berücksichtigt wurden, konkretisiert sich dieser Trend vor allem in einer zunehmenden Erwerbsbeteiligung von Frauen. Das Interesse von Frauen an einer beruflichen Tätigkeit, die ihnen wirtschaftliche Unabhängigkeit sichert, wird vermutlich auch in der Altersgruppe der „Pflegegeneration“, also der 30- bis 65jährigen Frauen, weiter zunehmen. Für diese Annahme spricht der zunehmende Anteil von Frauen mit mittlerem und höheren Schulabschluß und einer qualifizierten Berufsausbildung. Hinzu kommt, daß wegen des steigenden Risikos einer Eheauflösung für Frauen eine eigene wirtschaftliche Grundlage und Alterssicherung zunehmend wichtiger wird. In welchen Größenordnungen sich dieser Trend fortsetzt, läßt sich nicht vorhersagen. Für das Szenario 3 legen wir für diese keineswegs unwahrscheinliche Entwicklung eine in den einzelnen Altersgruppen moderat steigende Frauenerwerbsquote zugrunde.³⁶

Tabelle 24 : Erwerbsquoten in verschiedenen Altersgruppen für Männer und Frauen - 1998 und Annahmen für Szenario 3 (Angaben in Prozent)

	Männer				Frauen			
	30-40	40-50	50-60	60-65	30-40	40-50	50-60	60-65
1998	97	96	85	30	79	80	63	12

Quelle: Eigenberechnung auf der Grundlage des Mikrozensus

Für Szenario 3 und 4 angenommene Entwicklung:

	Männer				Frauen			
	30-40	40-50	50-60	60-65	30-40	40-50	50-60	60-65
2000	97	96	85	30	80	81	64	13
2010	97	96	85	30	85	87	69	18
2020	97	96	85	30	87	90	71	20
2030	97	96	85	30	87	90	0-71	20
2040	97	96	85	30	87	90	71	20
2050	97	96	85	30	87	90	71	20

³⁶ Vgl. dazu unseren Anhang 2: Vorschlag für Schätzwerte von Juliane Roloff.

Auf der Grundlage der IAB-Projektionen ist für Frauen im Alter von 18 bis 65 bis 2015 eine Steigerung der Erwerbsquote von 55 % (2000) auf rund 62 % zu erwarten - also rund 0.5 % pro Jahr. Für die Zeit danach wird eine wieder leicht sinkende Erwerbsquote angenommen und damit begründet, daß der Anteil von zugewanderten Frauen mit wahrscheinlich geringerer Erwerbsbeteiligung steigt. (Fuchs, Thon, aaO) Die von uns angenommenen Zuwächse in der Frauenerwerbsquote sind etwas niedriger als die IAB-Projektionen, gehen aber davon aus, daß ab 2020 die Quoten konstant bleiben.

(2) Ergebnisse

Pflegepotential

Tabelle 25:

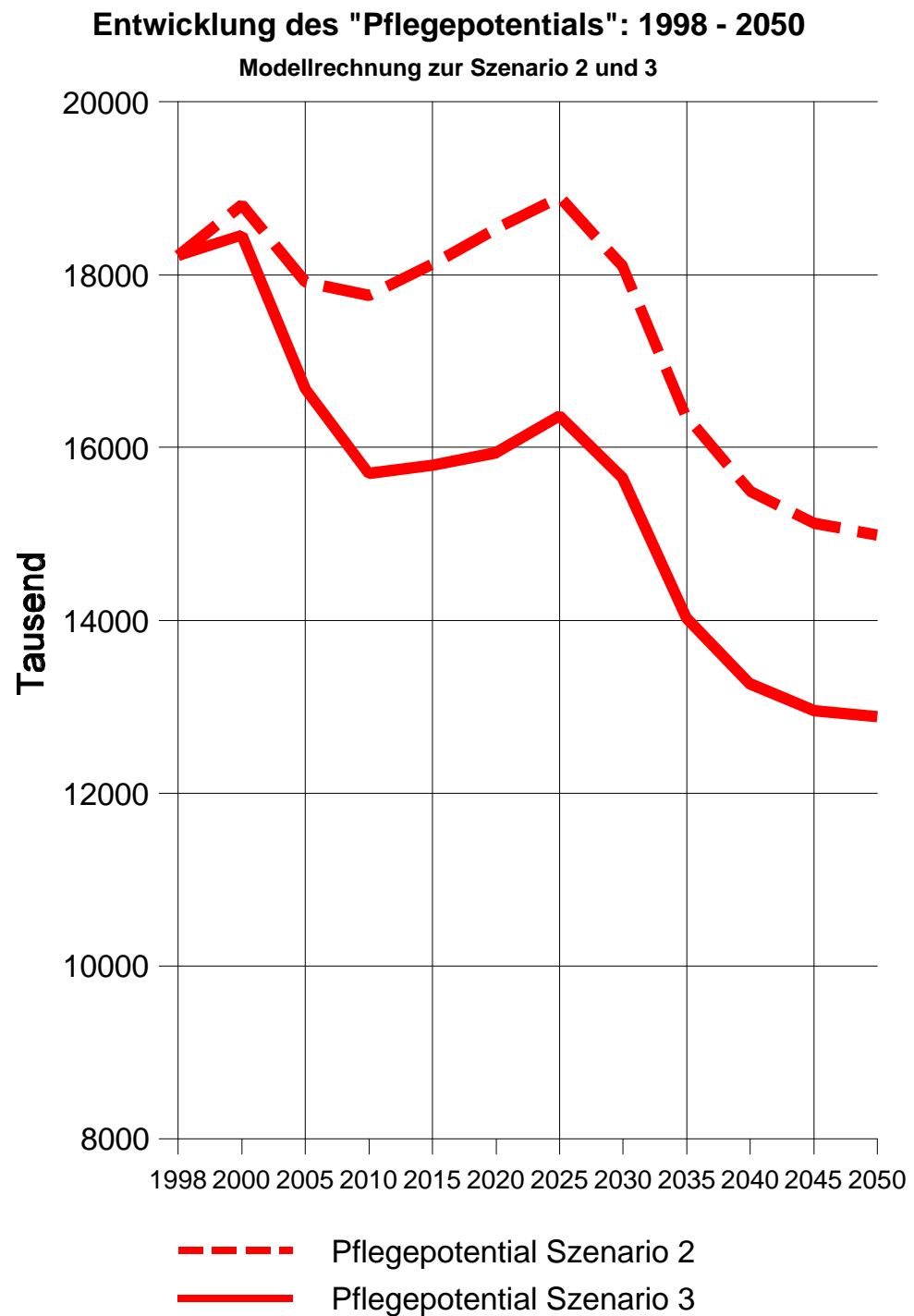
**gesamtes Pflegepotential und Pflegepotential für verschiedene Altersgruppen
Angaben in 1000**

	Jahr						
	1998	2000	2010	2020	2030	2040	2050
gesamtes Pflegepotential, S3	18220	18455	15699	15942	15651	13264	12889
Pflegepotential für <60, S3	3042	2933	2041	1527	1490	1344	1256
ges. Pfl.Pot. für 60-70jährige, S3	5074	5237	3981	4281	4307	3174	3317
ges. Pfl.Pot. für 70-80jährige, S3	3007	3034	3159	2388	2661	2647	2021
ges. Pfl.Pot. für 80-90jährige, S3	2888	2744	2983	3361	2480	2658	2471
ges. Pfl.Pot. 90jährige u.ä., S3	4209	4506	3535	4385	4712	3440	3824

Modellrechnung Szenario 3: steigende Erwerbsquoten von Frauen

Ein Vergleich mit Szenario 2 zeigt, daß die durchaus erwartbare und eher moderate Erhöhung der Erwerbsquoten in den Altersgruppen der 30- bis 65jährigen Frauen ganz erhebliche Auswirkungen auf das informelle Pflegepotential hat (Abbildung 9).

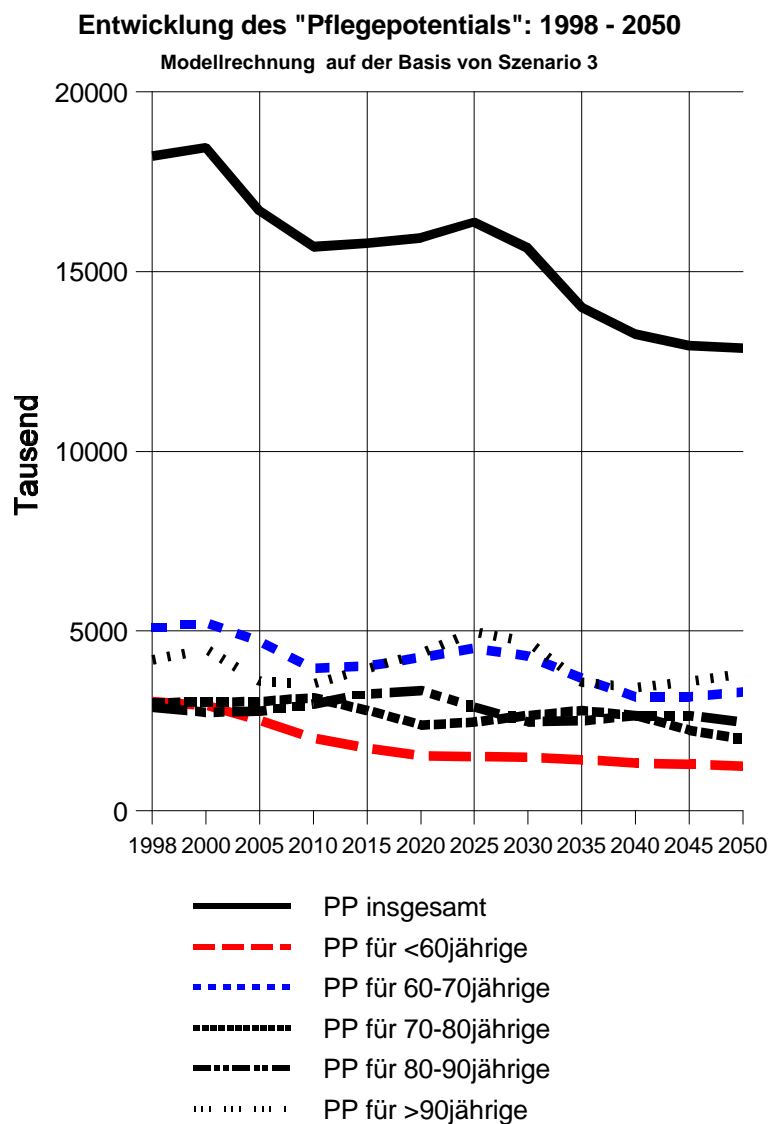
Abbildung 9



Der vor allem durch Veränderungen im Altersaufbau bedingte Verlauf ist zwar ähnlich, aber das Pflegepotential verändert sich insgesamt auf einem sehr viel niedrigerem Niveau und sinkt relativ kontinuierlich im gesamten Betrachtungszeitraum.

Besonders deutlich ist die Verschlechterung für Pflegebedürftige unter 60 Jahre, weil diese in höherem Maße auf Pflegende im erwerbsfähigen Alter angewiesen sind. Etwas geringer sind die Auswirkungen für Pflegebedürftige in den höheren Altersgruppen.

Abbildung 10



Ambulant und stationär Versorgte

Mit steigender Erwerbsquote der Frauen steigen erwartungsgemäß auch die Anzahl und der Anteil der stationär Versorgten: 2040 und 2050 würden unter den Bedingungen von Szenario 3 rund 200.000 Pflegebedürftige mehr in Heimen versorgt werden müssen als unter den Bedingungen einer konstant bleibenden Frauenerwerbsquote. Die Zahl der stationär Versorgten würde von 540.000 (1998) auf rund 1,4 Millionen zunehmen. Der Anteil würde von derzeit 30 % auf rund 42 % steigen.

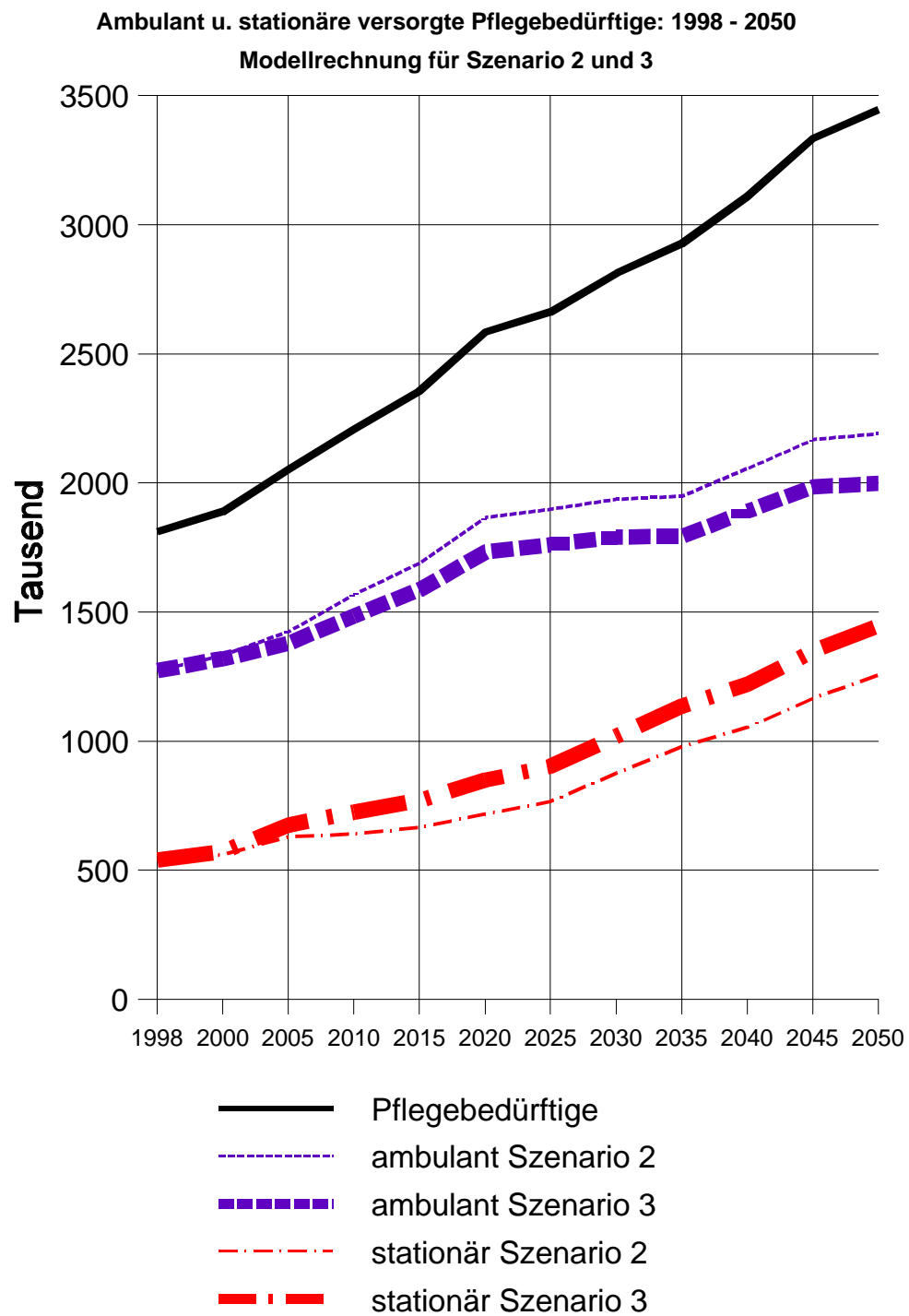
Tabelle 26:

Ambulant und stationär Versorgte 1998 bis 2050

		Pflegebedürftige insgesamt	Anteil stationär, S3	stationär insges. S3	ambulant insges. S3
Jahr					
1998		1812	.30	540	1273
2000		1890	.30	571	1319
2010		2209	.33	724	1485
2020		2584	.33	851	1733
2030		2812	.36	1020	1791
2040		3111	.39	1220	1891
2050		3446	.42	1448	1998

Modellrechnung zu Szenario 3: steigende Erwerbsquoten von Frauen

Abbildung 11



Pflegearrangements von Pflegebedürftigen in Privathaushalten

Obwohl unter den Bedingungen einer steigenden Frauenerwerbsquote die Anzahl der ambulant Versorgten niedriger ist als bei konstanter Erwerbsquote für Frauen, sind Anzahl und Anteil der Pflegebedürftigen, die berufliche Hilfen, Sach- oder Kombileistungen in Anspruch nehmen höher.

Tabelle 27:

Empfänger verschiedener Leistungen 1998 bis 2050

		ambulant insges. S3	IA von berufl.Helfern S3	Geldleistungen, S3	Sachleistungen, S3	Kombileist ungen, S3
Jahr	1998	1273	448	961	138	174
	2000	1319	471	991	145	183
	2010	1485	576	1084	178	224
	2020	1733	687	1255	212	266
	2030	1791	777	1251	239	301
	2040	1891	883	1276	272	343
	2050	1998	1011	1294	312	392

Modellrechnung zu Szenario 3: steigende Erwerbsquote von Frauen

Tabelle 28:

Anteile verschiedener Leistungen 1998 bis 2050

		Anteil Inanspruchnah me beruflicher Leistungen	Anteil Geldleist ungen,S3	Anteil Sachleist ungen,S3	Anteil Kombileist ungen,S3
Jahr	1998	.35	.76	.11	.14
	2000	.36	.75	.11	.14
	2010	.39	.73	.12	.15
	2020	.40	.72	.12	.15
	2030	.43	.70	.13	.17
	2040	.47	.67	.14	.18
	2050	.51	.65	.16	.20

Modellrechnung zu Szenario 3: steigende Erwerbsquote von Frauen

Mehr als die Hälfte der in Privathaushalten versorgten Pflegebedürftigen würden 2050 beruflich geleistete Hilfen in Anspruch nehmen. Die Anzahl der professionelle Dienste Inanspruchnehmenden würde von rund 450.000 auf ca. 1,0 Millionen steigen. Der Anteil der Geldleistungsbezieher würde sich von derzeit 76 % auf 65 % (2050) verringern.

Netzwerktypen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten

Erwartungsgemäß würde unter den Bedingungen von Szenario 3 der Anteil der Pflegebedürftigen, die nur über ein labiles oder prekäres Unterstützungsnetzwerk mit geringen Hilfewahrscheinlichkeiten verfügen deutlich stärker zunehmen als in Szenario 2. Eine steigende Frauenerwerbsquote würde bereits ab 2010 zu einer erheblichen Steigerung des Anteils dieses Netzwerkstyps führen und für 2050 wäre zu erwarten, daß nur noch rund 60 % aller Pflegebedürftigen in einem stabilen informellen Netzwerk verankert sind.

Tabelle 29:

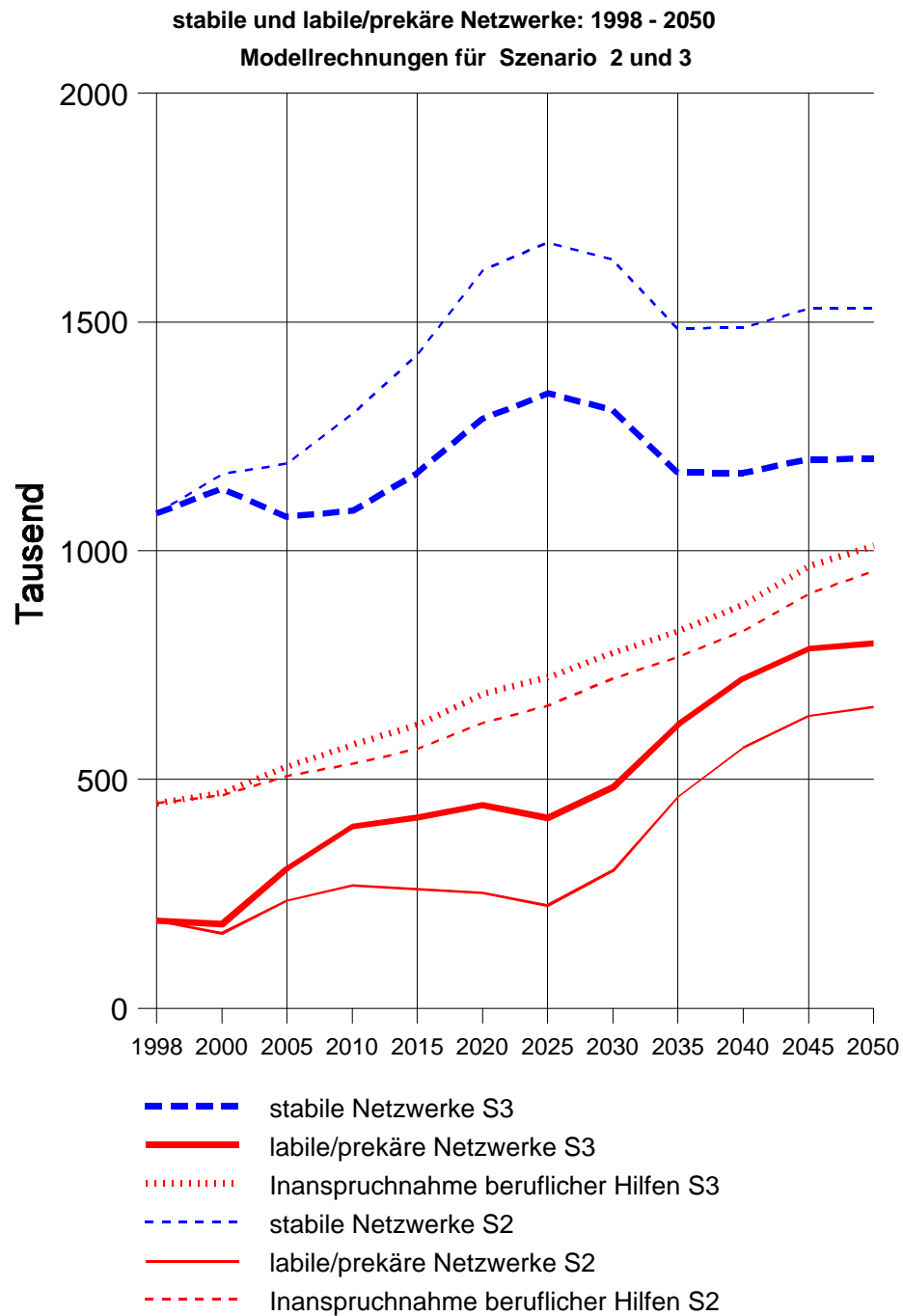
**Haushaltstypen von ambulant Versorgten
Angaben in 1000**

		ambulant insges. S3	Anteil labiles,prekäres Netzwerk, S3	Anzahl labiles, prekäres Netzwerk, S3
Jahr				
1998		1273	,15	191
2000		1319	,14	183
2010		1485	,27	397
2020		1733	,26	444
2030		1791	,27	483
2040		1891	,38	721
2050		1998	,40	797

Modellrechnung Szenario 3

Sollte diese Entwicklung eintreten, müßte auch mit einer entsprechenden Steigerung des Bedarfs nach beruflich geleisteten Hilfen bei den ambulant versorgten Pflegebedürftigen gerechnet werden. Auf die damit verbundenen pflegepolitischen Implikationen gehen wir in Teil III ein.

Abbildung 12



3. Zwischenbilanz: Was ist zu erwarten?

Wir haben das zwar immer wieder betont, aber hier sei noch einmal daran erinnert: Die Ergebnisse unserer Modellrechnungen dürfen nicht als “Prophezeiungen” verstanden werden. Wir können nur beschreiben, mit welcher Entwicklung zu rechnen wäre, wenn die vorausgesetzten Änderungen eintreten und “alle anderen relevanten Bedingungen” unverändert bleiben würden. In dieser Formulierung verbergen sich aber allergrößte Probleme, denn der Stand der Forschung ist noch nicht einmal so weit, daß sich mit einiger Sicherheit sagen ließe, was denn diese *ceteris-paribus*-Klausel - “alles andere bleibt konstant” - überhaupt bedeutet. Wir wissen z.B. nicht, wie sich derzeit beobachtbare und empirisch beschriebene Pflegebereitschaften in Handlungen umsetzen. Uns ist weitgehend unbekannt, wie sich Quantität und Qualität von infrastrukturellen Angeboten auf die *Nachfrage* nach Versorgungsleistungen im stationären und ambulanten Bereich auswirken. Wir können nur vage Vermutungen darüber anstellen, wie sich “direkte ökonomische Kosten” und “Opportunitätskosten” auf die Inanspruchnahme von Leistungen auswirken. Wird der von uns angenommene Trend zur “Individualisierung” sich wirklich fortsetzen? Wie wird der Arbeitsmarkt sich entwickeln? Das ist eine wichtige Frage, denn davon wird abhängen, wie sich die Erwerbsquoten verändern, vor allem die Erwerbsquote von Frauen. Auch die Einschätzung von “Opportunitätskosten”, die wiederum für die Konstitution von Pflegebereitschaften in den mittleren sozialen Milieus von zentraler Bedeutung sind³⁷, hängt von den Chancen auf dem Arbeitsmarkt ab: Verschlechtern sie sich, hat das eine Verringerung von “Opportunitätskosten” zur Folge und damit auch eine Steigerung der Bereitschaft, einen pflegebedürftigen Angehörigen selbst zu versorgen. Vorhersagbar ist auch nicht, wie sich das Versorgungsangebot im stationären und ambulanten Bereich entwickeln wird - es ist ja auch vorstellbar, daß eine solche Expertise zu Veränderungen beiträgt, daß sie also wie eine “self fulfilling prophecy” wirkt, oder aber im Gegenteil: daß sie zu politischen Konsequenzen Anlaß gibt, die zur Falsifizierung der “Vorhersagen” führen. Von großer Bedeutung wird auch sein, wie sich die Kosten für Versorgungsleistungen im stationären und ambulanten Bereich entwickeln und wie finanzierbar diese Leistungen für Pflegebedürftige, für deren Angehörige bzw. für die Sozialhilfe sind. Auch das ist nicht vorhersagbar und hängt ab von politischen Entscheidungen und von dem Kontext, in dem diese Entscheidungen getroffen werden: z.B. von europäischen und internationalen Verflechtungen, von Paradigmawechseln im Bereich von Wirtschafts- und Finanzpolitik und von grundlegenden Einschätzungen zu der Frage, was denn eigentlich “soziale Gerechtigkeit” bedeutet. Veränderungen dieser Art können weitreichende Konsequenzen für die Versorgung von Pflegebedürftigen haben und sind mit wissenschaftlichen Methoden nicht vorhersagbar.

Hinweisen möchten wir auch auf Unsicherheiten, die sich aus der Art der Modellierung ergeben. Die Veränderung des informellen Pflegepotentials wurde in den Modellen so berücksichtigt, daß z.B. eine zehnprozentige Verringerung gegenüber dem Basisjahr 1998 sich proportional auf die

³⁷ Vgl. Blinkert, B., Klie, T., 2000, S. 232 f

Heimquote auswirkt und zwar zunächst relativ linear und dann mit steigenden Raten. Eine solche Abhängigkeit anzunehmen, ist einerseits prinzipiell durchaus plausibel, aber es ist ungewiß, ob das dann auch mit den im Modell vorausgesetzten Quantitäten verbunden sein wird. Eine bessere Schätzung war jedoch wegen des Fehlens von Zeitreihen nicht möglich. Wir mußten deshalb nach dem Grundsatz verfahren, daß die einfachste mathematische Funktion zur Beschreibung einer Abhängigkeit zu wählen ist, wenn Evidenzen für eine komplexere fehlen.³⁸

Trotz dieser Unwägbarkeiten erscheint es uns möglich, auf die oben formulierte Frage - „was ist zu erwarten?“ - eine Antwort zu geben. Zu dieser Antwort kommen wir, indem wir die drei Szenarien danach beurteilen, welches von ihnen den gegenwärtig beobachtbaren Trends am besten angepaßt ist. Das ist ganz eindeutig das *Szenario 3*. Die von uns eingeführten Szenarien unterscheiden sich im Hinblick darauf, in welchem Grad sie gegenwärtig beobachtbare Trends der demographischen und sozialen Entwicklung berücksichtigen und bis 2050 „fortschreiben“:

Das *Szenario 1* ist am wenigsten an diese Trends angepaßt. Es berücksichtigt lediglich, daß sich die Altersverteilung ändert, daß der Anteil der sehr alten Menschen beträchtlich zunimmt und setzt voraus, daß die derzeitigen altersspezifischen Quoten für bestimmte Pflegearrangements bis 2050 konstant bleiben. In diesem Szenario wird also nicht berücksichtigt, daß sich auch das informelle Pflegepotential aufgrund von demographischen und sozialen Entwicklungen verändern könnte. Die Ergebnisse dieses Szenarios sind sicher am wenigsten geeignet, eine Vorstellung über künftige Entwicklungen zu vermitteln.

Das *Szenario 2* geht von der Annahme aus, daß es auch künftig altersspezifische Quoten für Pflegearrangements geben wird, daß diese Anteile im Vergleich zum Basisjahr 1998 aber auch vom informellen Pflegepotential beeinflusst werden. Verringert sich z.B. das Pflegepotential gegenüber dem Niveau von 1998, dann werden proportional dazu auch die Heimquote steigen, der Anteil der Inanspruchnahme von beruflichen Diensten und die Quoten für Sach- und Kombileistungen. Wenn die Belastung der informellen Unterstützungsnetzwerke steigt, bzw. für mehr Pflegebedürftige solche Netzwerke nicht verfügbar sind, so vergrößert sich auch der Bedarf nach einer beruflich und institutionalisiert geleisteten Versorgung. In Szenario 2 werden jedoch nur demographische und schon jetzt erkennbare soziale Veränderungen mit Auswirkungen auf das Pflegepotential berücksichtigt: Anzahl und Anteil der Menschen, die im höheren Alter mit einem Partner zusammenleben und Anzahl der Menschen in der Altersgruppe der 30- bis 65jährigen („Kindergeneration“), die unter Berücksichtigung der als konstant vorausgesetzten

³⁸ Ein „Sensibilitätstest“ für das Modell läßt vermuten, daß die Modellrechnungen in den hier eine Rolle spielenden Bandbreiten zu einigermaßen plausiblen Schätzwerten führt. Anwendungen außerhalb dieser Bandbreiten - z.B. eine Verdoppelung des informellen Pflegepotentials gegenüber 1998 oder eine Halbierung - dürften weniger ratsam sein, weil für solche Fälle nichtlineare Abhängigkeiten zu erwarten sind. (Vgl. den Exkurs in Kapitel 1/Teil II)

Erwerbsbeteiligung als helfende Kinder in Frage kommen. Dieses Szenario halten wir zwar für wesentlich realistischer als Szenario 1, aber es ist noch immer nicht besonders gut den derzeit beobachtbaren Trends angepaßt. Es berücksichtigt nur unzureichend, daß sich der mit „Individualisierung“ beschreibbare Prozeß vermutlich fortsetzen wird und daß sich diese Entwicklung höchstwahrscheinlich in einer weiteren Steigerung der Erwerbsbeteiligung von Frauen manifestieren wird.

Diese Entwicklung wird erst in *Szenario 3* berücksichtigt, das deshalb vermutlich am besten an die derzeit beobachtbaren demographischen und soziokulturellen Trends angepaßt ist. Es kombiniert die Vorzüge von Szenario 2 mit einer Annahme über eine zwar nicht vorhersagbare, aber durchaus erwartbare Entwicklung. Die dazu in das Modell eingeführten Eckwerte sind eher zurückhaltend und vorsichtig. Für die Entwicklung der Erwerbsbeteiligung von Frauen werden relativ niedrige Steigerungsraten angenommen: In der Gruppe der 30- bis 40jährigen Frauen wird bis 2020 eine Steigerung von 79 % auf 87 % unterstellt, pro Jahr also weniger als ein halbes Prozent. Für die 40- bis 50jährigen wird angenommen, daß die Erwerbsquote von derzeit 80 % auf 90 % steigen könnte, für die 50- bis 60jährigen von 63 % auf 71 % und für die Altersgruppe der 60- bis 65jährigen Frauen eine Zunahme von 12 % auf 20 %. Die auf der Grundlage von Szenario 3 ermittelten Ergebnisse müssen auch deshalb eher als vorsichtige Annahmen über künftige Entwicklungen betrachtet werden, weil durchaus erwartbare gesellschaftliche Veränderungen im Verlauf einer Fortsetzung des Modernisierungsprozesses für die Modellierung nicht berücksichtigt werden konnten. Solche Veränderungen hätten wir nur „freihändig“ und ohne hinreichende Begründung in einem Szenario berücksichtigen können, weil es keinerlei Daten dazu gibt, mit denen sich in einer stringenten Weise der Zusammenhang zu Pflegebereitschaften herstellen ließe.³⁹ Unter Berücksichtigung der aufgeführten Gründe dafür, daß Szenario 3 eher zurückhaltende Annahmen über die Fortsetzung gesellschaftlicher Trends macht, betrachten wir dieses Szenario für die weiteren Überlegungen am ehesten als geeignet.

Die nebenstehenden Tabellen fassen wichtige Ergebnisse über die Bedeutung verschiedener Pflegearrangements innerhalb der drei Szenarien zusammen:

³⁹ Vgl. dazu unseren Anhang 1

Tabelle 30: Pflegebedürftige, stationär Versorgte und ambulant Versorgte, die professionelle Dienste in Anspruch nehmen
 Ergebnisse der Modellrechnungen zu den Szenarien 1, 2 und 3
 Angaben in Tausend

	1998	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Pflegebedürftige	1812	1890	2209	2584	2812	3111	3446
	davon stationär Versorgte:						
Szenario 1	540	567	674	819	904	1009	1165
Szenario 2	540	560	640	719	875	1054	1256
Szenario 3	540	571	724	851	1020	1220	1448
	ambulant Versorgte, die beruflich geleistete Hilfen in Anspruch nehmen:						
Szenario 1	448	468	562	667	723	817	913
Szenario 2	448	466	534	624	720	824	956
Szenario 3	448	471	576	687	777	883	1011
	ambulant Versorgte, die nur über ein labiles oder prekäres Unterstützungsnetzwerk verfügen						
Szenario 1 (15 %, Anteil von 1998)	191	198	230	265	286	315	342
Szenario 2	191	163	269	252	301	570	659
Szenario 3	191	183	397	444	483	721	797

Tabelle 31: Anteile für stationär Versorgte und ambulant Versorgte, die professionelle Dienste in Anspruch nehmen
 Ergebnisse der Modellrechnungen zu den Szenarien 1, 2 und 3
 - Anteilswerte -

	1998	2000	2010	2020	2030	2040	2050
	Anteile der stationär Versorgten:						
Szenario 1	30	30	31	32	32	32	34
Szenario 2	30	30	29	28	31	34	36
Szenario 3	30	30	33	33	36	39	42
	Anteil der ambulant Versorgten, die beruflich geleistete Hilfen in Anspruch nehmen:						
Szenario 1	35	35	37	38	38	39	40
Szenario 2	35	35	34	33	37	40	44
Szenario 3	35	36	39	40	43	47	51
	Anteil der ambulant Versorgten, die nur über ein labiles oder prekäres Unterstützungsnetzwerk verfügen						
Szenario 1	15	15	15	15	15	15	15
Szenario 2	15	12	17	14	16	28	30
Szenario 3	15	14	27	26	27	38	40

4. Was wäre, wenn Erwerbstätigkeit und Pflegen sich besser vereinbaren ließen?

Szenarien enthalten immer eine spekulative Komponente. Das gilt auch für Szenario 3, das den gegenwärtig beobachtbaren Tendenzen des demographischen und sozialen Wandels relativ gut angepaßt ist. Spekulativ in diesem Szenario sind zumindest die Annahmen über eine trendgemäße Fortsetzung gesellschaftlicher Veränderungen und die damit assoziierte Zunahme der Erwerbsbeteiligung von Frauen. Bei dem nun konzipierten Szenario 4 erhält diese spekulative Komponente ein noch viel größeres Gewicht. Vorausgesetzt wird, daß sich im Betrachtungszeitraum die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflegen zunehmend verbessert. Eine solche Voraussetzung ist deshalb in hohem Maße spekulativ, weil sie nicht nur bei den Pflegenden, sondern auch bei den institutionalisierten Akteuren - Politik, Gewerkschaften, Pflegekassen und Anbieter von Pflegeleistungen - Strategie- bzw. Verhaltensänderungen voraussetzt. Ob es dazu kommt ist natürlich ungewiß und niemand kann in einer stringenten und begründbaren Weise eine Aussage darüber machen, wie sich solche Änderungen auswirken und welche Quantitäten dabei ins Spiel kommen. Nur unter diesen Vorbehalten ist es sinnvoll, das folgende Szenario zur Diskussion zu stellen:

Szenario 4: Im Betrachtungszeitraum bis 2050 läßt sich Erwerbstätigkeit und Pflege zunehmend besser vereinbaren.

(1) Beschreibung der Voraussetzungen

Eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und häuslicher Pflege setzt mindestens Veränderungen auf den folgenden Gebieten voraus:⁴⁰

1. Bei der Arbeitsorganisation, insbesondere bei der Arbeitszeitorganisation: mehr Flexibilität und stärkere Berücksichtigung von Pflege Tätigkeiten
2. Bei den Angeboten von unterstützenden ambulanten Diensten: Ausweitung, Differenzierung

⁴⁰ Zu den damit verbundenen Fragen gibt es unterschiedliche Einschätzungen. Wir folgen in wesentlichen Punkten Beck, Naegel, Reichert, Dallinger, (1999, insbes. S. 19ff) die in einer sehr viel umfassenderen Weise Perspektiven für einen künftigen Handlungsbedarf aufzeigen, als das hier möglich ist. Wichtig erscheinen uns vor allem die folgenden Vorschläge: intensive Informations- und Öffentlichkeitsarbeit; Bereitstellung von betrieblichen Daten zu Betroffenheit und Folgekosten; Einbettung von Arbeitszeitregelungen in eine allgemeine familien- und arbeitnehmerorientierte Arbeitszeitgestaltung bei unterschiedlichen Bedarfssituationen; enge Kooperation mit den örtlichen Altenhilfeträgern, insbesondere auch in der Form einer institutionalisierten Kooperation; besondere Regelungen für Klein- und Mittelbetriebe; Ausarbeitung von Vorschlägen zur Verwirklichung eines "Pflegeurlaubs"; Ausbau von Tages-, Kurzzeit- und Nachtpflegeangeboten. Wichtig dürfte es auch sein, die Erfahrungen in Ländern zu berücksichtigen, in denen verschiedene Ansätze zur verbesserten Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegen erprobt wurden - vgl. dazu Reichert, M., Naegel, G. in: Beck et al. aaO, S. 63 - 110.
Vgl. auch Mager (1999b, S. 60 f)

und Flexibilisierung

3. Veränderungen in den „pflegekulturellen Orientierungen“: zunehmendes Interesse an und steigende Bereitschaft zu „gemischten Pflegearrangements“.

Die Arbeitsorganisation, vor allem die zeitliche Organisation von Erwerbsarbeit müßte flexibler sein, es müßte einen Anspruch auf vorübergehende Teilzeitarbeit geben, und auch die Einrichtung eines „Pflegeurlaubs“ - analog zum Erziehungsurlaub - wäre ein wichtiger Beitrag: die Möglichkeit, für einen begrenzten Zeitraum mit der Garantie der Wiedereinstellung aus der Erwerbsarbeit auszusteigen, um einen Angehörigen zu pflegen. Für ältere Pflegende - ab 55 Jahre - wäre auch an eine an Pflegeerfordernissen orientierte Vorruhestandsregelung zu denken. Auch informations- und kommunikationstechnische neue Möglichkeiten (Stichwort: Teleheimarbeit) sollten unter dem Gesichtspunkt der Vereinbarkeit von Pflegen und Beruf in die Überlegungen einbezogen werden: die Möglichkeit zur Auslagerung von Tätigkeiten aus dem Betrieb und in den Wohnbereich - zumindest für den Zeitraum einer verstärkten Inanspruchnahme durch die Pflege eines Angehörigen.

Derartige Regelungen und Arrangements werden diskutiert, auch im Hinblick auf ihre Finanzierbarkeit. Ob sie sich in absehbarer Zeit realisieren lassen, ist ungewiß. Wir setzen für das Szenario voraus, daß es zu neuen Formen der Arbeitsorganisation kommt und daß sich diese Regelungen auch auf das informelle Pflegepotential auswirken, daß sich auch Erwerbstätige zunehmend an der Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger beteiligen werden.

Zu einer solchen Entwicklung wird es aber nur kommen, wenn zusätzlich zu einer Veränderung der Arbeitszeitorganisation auch das Angebot an unterstützenden ambulanten Diensten steigt und differenzierter wird. Eine solche Entwicklung ist durchaus anzunehmen und ansatzweise bereits jetzt beobachtbar. Die Einführung der Pflegeversicherung hat nicht nur zu einer quantitativen Zunahme von Angeboten im Bereich der ambulanten Versorgung geführt, sondern es ist auch beobachtbar, daß sich neben dem stark durch Kranken- und Pflegeversicherung reglementierten Markt ein eigenständiger, sich differenzierender und durch flexible Dienstleister gekennzeichneter Pflegemarkt entwickelt. Es ist durchaus zu erwarten, daß dieser Trend sich fortsetzt und ebenso ist damit zu rechnen, daß Ausweitung und Differenzierung bei den ambulanten Angeboten auch Auswirkungen auf die Nachfrage haben werden. Auch diese Auswirkungen sind z.T. jetzt schon erkennbar. Sie zeigen sich in einer zunehmenden Präferenz für „gemischte Pflegearrangements“: die steigende Tendenz zur häuslichen Versorgung von Pflegebedürftigen durch Angehörige unter Zuhilfenahme von beruflich geleisteten Hilfen.⁴¹ Über die Bedeutung derartiger Veränderungen für die Wahl von Pflegearrangements gibt es allerdings keine gesicherten empirischen Erkenntnisse. Es kann lediglich vermutet werden, daß die Zunahme und weitere Differenzierung von ambulanten Diensten in Verbindung mit neuen Formen der Arbeitszeitorganisation auch unter den Bedingungen eines sich fortsetzenden sozialen Wandels die Bereitschaft zur Versorgung von Angehörigen verstärkt. Natürlich ist das nur zu erwarten, wenn diese Dienste auch finanzierbar sind.⁴²

Zu einer verbesserten Vereinbarkeit von Beruf und Pflege können natürlich auch andere Bedingungen beitragen, die mit grundsätzlichen Erleichterungen für die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger verbunden sind. Dazu zählen insbesondere geeignete Wohnverhältnisse, die es ermöglichen, einen Pflegebedürftigen in den eigenen Haushalt aufzunehmen.

In unserem Modell können wir die für Szenario 4 festgelegten Bedingungen in der folgenden Weise berücksichtigen:

⁴¹ Vgl. dazu: Runde, P., Giese, R. (1999); Blinkert, B., Klie, T. (2000), S. 239; Bundesministerium für Gesundheit (2000)

⁴² Vgl. Beck, Nägele et al. (1997) und unseren Teil III

1. Die Bereitschaft, professionelle Dienste in Anspruch zu nehmen, steigt bis 2010 um ca. 1.5 % pro Jahr, dann um 1.2 % bis 2020, 1 % bis 2030 und bleibt dann konstant auf einem deutlich höheren Niveau als 1998.
2. Proportional dazu verändert sich die Heimquote, d.h. der Anteil der stationär Versorgten.
3. Aufgrund der zunehmenden Nachfrage nach ambulanten Diensten, der auch ein entsprechendes Angebot gegenübersteht (das sei hier vorausgesetzt!), erhöht sich die Möglichkeit und Bereitschaft der Ehegatten/Partner von älteren Pflegebedürftigen, sich an der Versorgung zu beteiligen. Bis 2030 verändern sich die Wahrscheinlichkeiten für Hilfeleistungen bei Zusammenlebenden ($PHILFE_{ti}$) in der folgenden Weise:

Tabelle 32:

Altersgruppen	Wahrscheinlichkeit für Hilfeleistungen in den Szenarien 2 und 3	Wahrscheinlichkeit für Hilfeleistungen in Szenario 4 - Anstieg bis 2030 auf:
60 - 70	0.98	0.99
70 - 80	0.94	0.95
80 - 90	0.71	0.73
90 u.ä.	0.63	0.65

4. Neue und flexiblere Formen der Arbeitsorganisation in Verbindung mit einer steigenden Bereitschaft zu „gemischten Pflegearrangements“ und einem entsprechend differenzierten Angebot ambulanter Dienste, lassen allmählich ein zusätzliches Pflegepotential bei Erwerbstätigen entstehen. Bei erwerbstätigen Frauen: bis 2010 zusätzlich 0.5 % Prozent pro Jahr, dann bis 2030 zusätzlich 0,25 %. Bei erwerbstätigen Männern bis 2010 zusätzlich 0.25 % pro Jahr und bis 2030 weiter 0.125 % jährlich.⁴³
5. Ansonsten gelten die gleichen Bedingungen wie in Szenario 3: gleiche Bevölkerungsentwicklung, gleiche Entwicklung des Anteils der Zusammenlebenden in den höheren Altersgruppen, steigende Frauenerwerbsquote. Diese Bedingungen wirken wie in Szenario 3 auf die Verteilung von Pflegearrangements (stationär Versorgte, Inanspruchnahme professioneller Dienste, Sach-, Kombi- und Geldleistungen). Die unter 1 bis 4 beschriebenen Veränderungen werden *zusätzlich* zu diesen Bedingungen berücksichtigt.

⁴³ Diese zunächst niedrig erscheinenden Änderungsraten müssen in Beziehung gesehen werden zu der derzeitigen Prävalenzraten, die auf 1 bis 2 % geschätzt werden und die auch für die Szenarien 2 und 3 vorausgesetzt wurden.

Die Frage ist dann, wie sich eine verbesserte Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit unter der Bedingung einer Fortsetzung der demographischen und sozialen Entwicklungstrends auswirkt. Die dabei für Verhaltensänderungen angenommenen Quantitäten sind relativ gering. Sie sind sogar so niedrig (Pos. 1 - 4), daß keine „revolutionären Veränderungen“ in den arbeitsrechtlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen vorausgesetzt werden müssen.

(2) Ergebnisse: Vergleich Szenario 4 mit Szenario 3

Pflegepotential

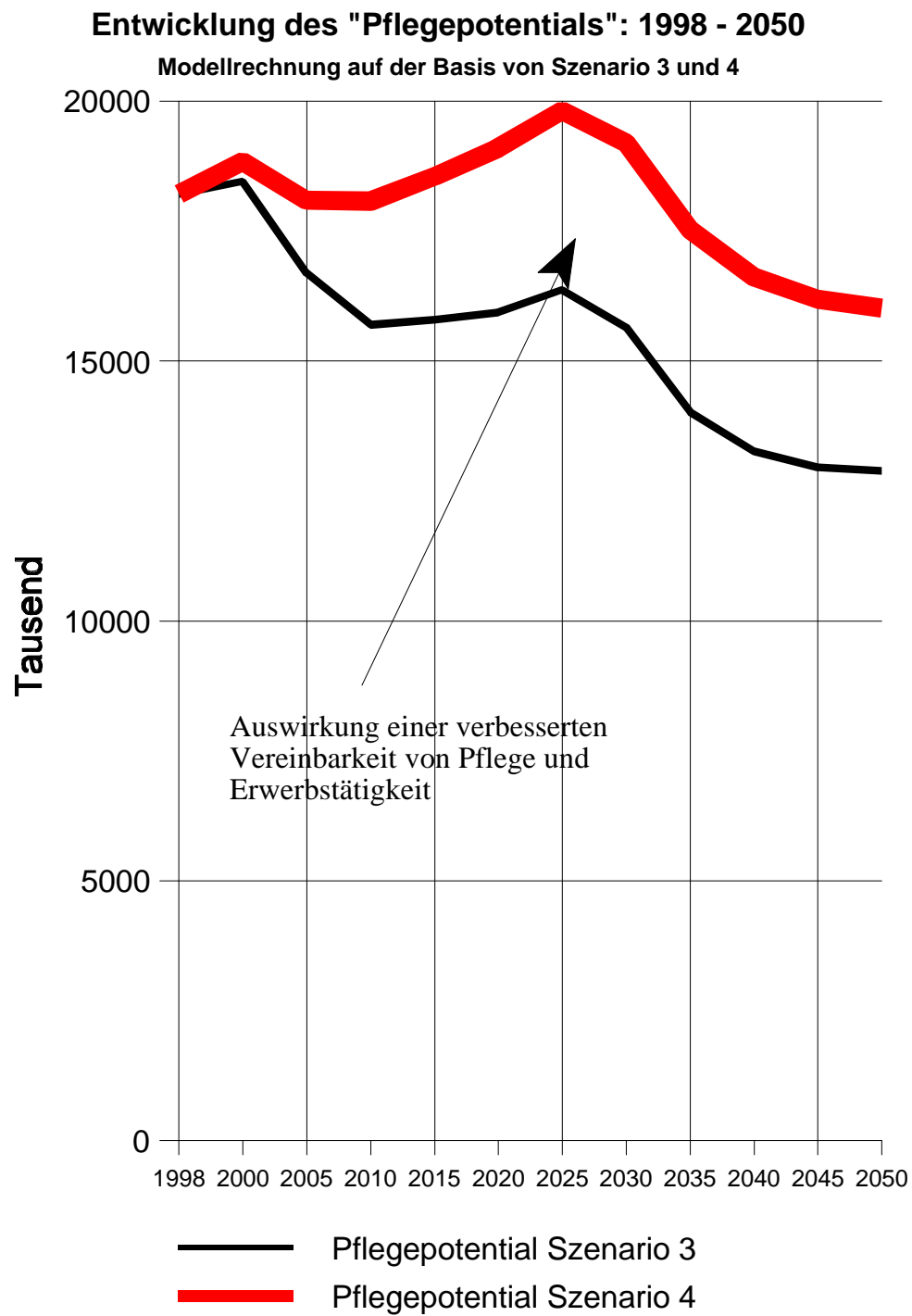
Tabelle 33:

**gesamtes Pflegepotential und Pflegepotential für verschiedene Altersgruppen
Angaben in 1000**

	Jahr						
	1998	2000	2010	2020	2030	2040	2050
gesamtes Pflegepotential, S4	18220	18852	18074	19098	19205	16613	16016
Pflegepotential für <60,S4	3042	3100	2999	2713	2893	2640	2465
ges. Pfl.Pot. für 60-70jährige,S4	5074	5329	4386	4901	4998	3797	3928
ges. Pfl.Pot. für 70-80jährige,S4	3007	3113	3732	2990	3429	3367	2661
ges. Pfl.Pot. für 80-90jährige,S4	2888	2797	3377	4022	3060	3285	3045
ges. Pfl.Pot. 90jährige u.ä.,S4	4209	4514	3581	4472	4825	3524	3918

Modellrechnung Szenario 4

Abbildung 13



Erwartungsgemäß steigt das informelle Pflegepotential mit zunehmender Verbesserung der Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege Tätigkeit durch veränderte Formen der Arbeitsorganisation und verbesserte Möglichkeiten und Bereitschaften zu einem „Pflegemix“ - und zwar in einer beachtlichen Größenordnung: Ab 2020 würden rund 3.0 Millionen potentiell Pflegende zusätzlich zur Verfügung stehen.

Stationär und ambulant Versorgte

Die Anzahl der stationär Versorgten würde auch unter den Bedingungen von Szenario 4 steigen: von rund 540.000 auf knapp 860.000 bis 2050. Die Steigerungsrate wäre jedoch erheblich niedriger als in Szenario 3, was sich auch in einer Verringerung der Heimquote von 30 % auf 25 % (2050) zeigen würde.

Unter der Bedingung einer verbesserten Vereinbarkeit von Pflege und Beruf würde sich sogar bis ungefähr 2025 keine wesentliche Veränderung der *Anzahl* der stationär Versorgten gegenüber dem Stand von 1998 ergeben. Erst ab 2030 würden sich demographische und soziale Entwicklungen in einer deutlichen Steigerung der Heimunterbringungen auswirken.

Tabelle 34:

Ambulant und stationär Versorgte 1998 bis 2050

		Pflegebedürftige insgesamt	Anteil stationär, S4	stationär insges. S4	ambulant insges. S4
Jahr					
1998		1812	.30	540	1273
2000		1890	.29	543	1347
2010		2209	.24	536	1673
2020		2584	.21	540	2044
2030		2812	.21	596	2216
2040		3111	.23	718	2393
2050		3446	.25	858	2588

Modellrechnung zu Szenario 4: verbesserte Vereinbarkeit Beruf/Pflege

Abbildung 14

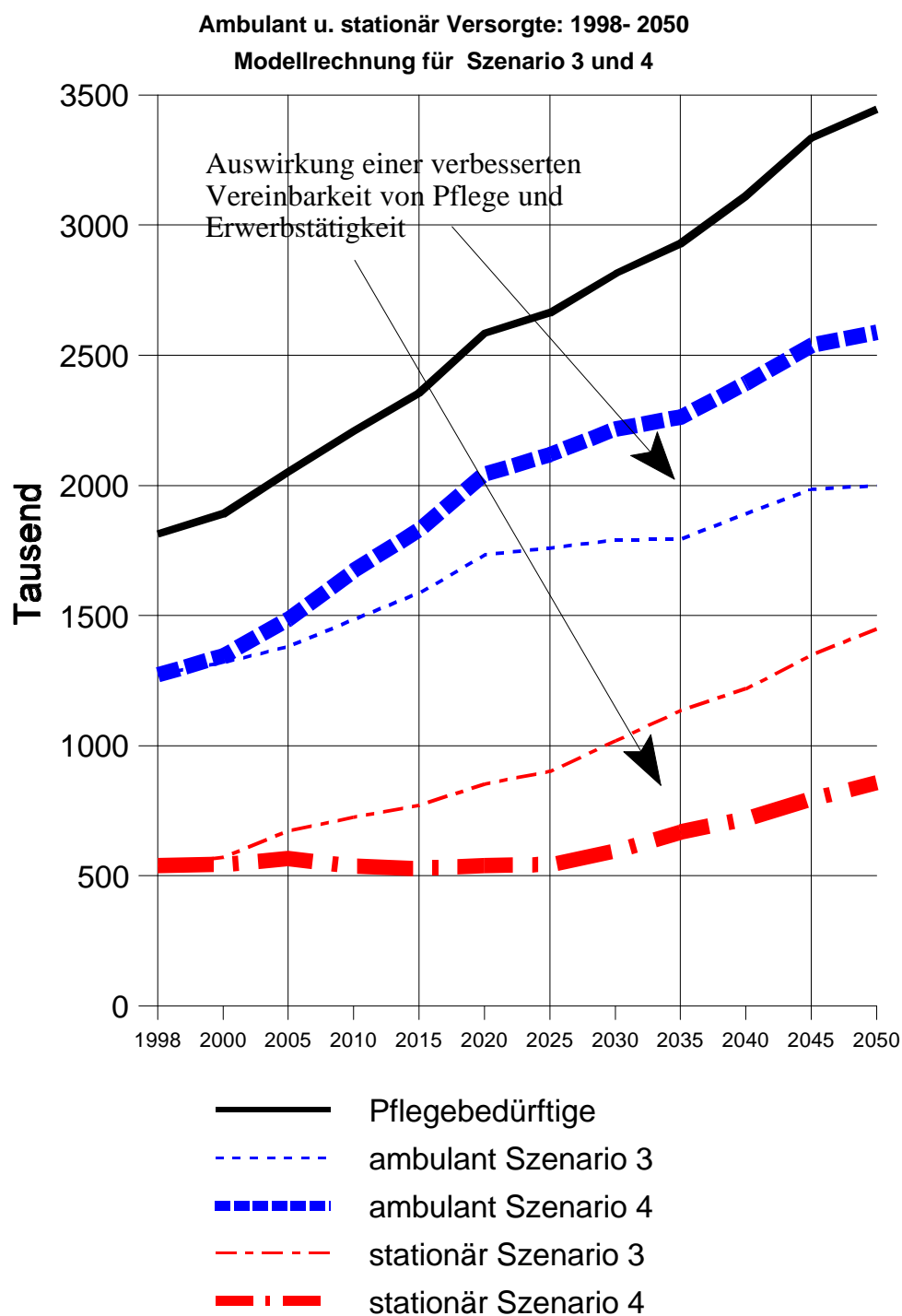
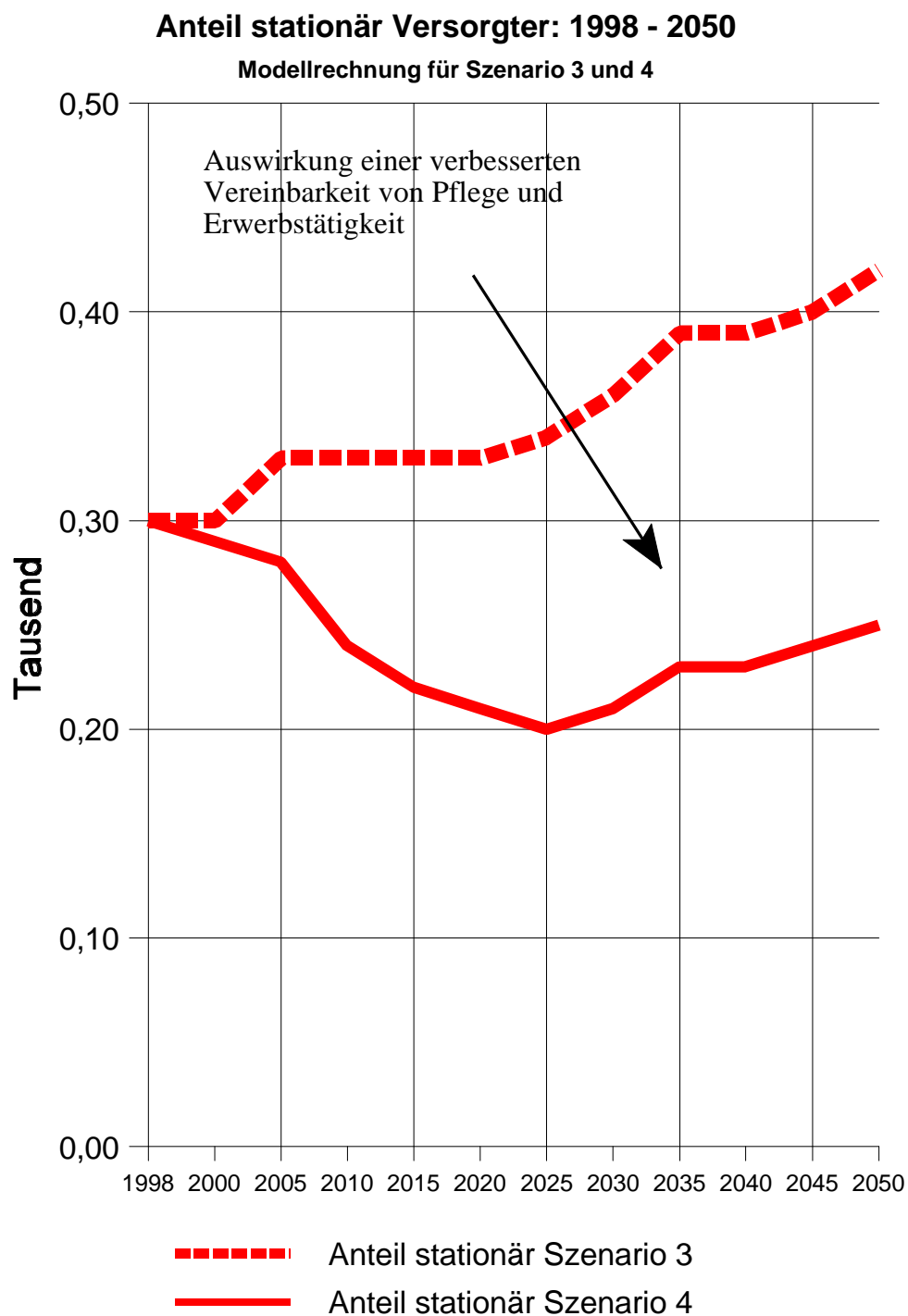


Abbildung 15



Pflegearrangements von Pflegebedürftigen in Privathaushalten

Die Zahl der in Privathaushalten versorgten Pflegebedürftigen würde sich unter den Bedingungen von Szenario 4 deutlich vergrößern: Statt rund 1.9 Millionen 2040 wäre mit 2.4 Millionen häuslich Versorgten zu rechnen und 2050 wäre der Unterschied noch größer: ca. 2.0 Millionen (Szenario 3) gegenüber 2.6 Millionen (Szenario 4).

Von diesen ambulant Versorgten würde 2050 ein deutlich niedrigerer Anteil als unter den Bedingungen von Szenario 3 über ein nur labiles oder prekäres Unterstützungsnetzwerk verfügen: 25 % gegenüber 40 %. Die verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Pflegen würde sich also auch auf die Verankerung in Netzwerken mit hohen Hilfewahrscheinlichkeiten bemerkbar machen. Gleichwohl wäre auch unter den Bedingungen von Szenario 4 mit einem deutlichen Anstieg der *Anzahl* von ambulant Versorgten mit labilem oder prekärem Netzwerk zu erwarten. Das ergibt sich daraus, daß unter diesen Bedingungen sehr viel weniger Pflegebedürftige in einem Heim versorgt werden und der für Szenario 3 angenommene demographische und soziale Wandel auch unter den hier angenommenen Bedingungen - allerdings in abgeschwächter Form - seine Wirkung entfaltet.

Tabelle 35:

**Haushaltstypen von ambulant Versorgten
Angaben in 1000**

		ambulant insges. S4	Anteil labiles,prekäres Netzwerk, S4	Anzahl labiles, prekäres Netzwerk, S4	Anteil labiles,prekäres Netzwerk, S3	Anzahl labiles, prekäres Netzwerk, S3
Jahr						
1998		1273	,15	191	,15	191
2000		1347	,12	162	,14	183
2010		1673	,16	262	,27	397
2020		2044	,11	223	,26	444
2030		2216	,10	231	,27	483
2040		2393	,22	538	,38	721
2050		2588	,25	654	,40	797

Modellrechnung Szenario 4

Dementsprechend und auch aufgrund einer für Szenario 4 angenommenen Ausweitung und Differenzierung der ambulanten Dienste und einem entsprechenden Orientierungswandel hin zu einer stärkeren Präferenz für „gemischte Arrangements“ würden die Nachfrage nach professionellen Diensten und die Wahl von Sach- und Kombileistungen erheblich zunehmen.

Die Zahl der ambulant Versorgten, die beruflich geleistete Dienste in Anspruch nehmen, würde von derzeit rund 450.000 bis 2050 auf ca. 1.5 Millionen steigen (Szenario 3: 1.0 Millionen). Der Anteil der in Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen, die professionelle Dienste in Anspruch

nehmen, würde von 35 % bis 2050 auf 58 % ansteigen (Szenario 3: 51 %). Sach- und Kombileistungen zusammen würden bis 2050 einen Anteil von etwas über 40 % erreichen (Szenario 2: 36 %).⁴⁴

Tabelle 36:**Empfänger verschiedener Leistungen 1998 bis 2050**

		ambulant insges. S4	IA von berufl.Helfern S4	Geldleistungen, S4	Sachleistungen, S4	Kombileist ungen, S4
Jahr	1998	1273	448	961	138	174
	2000	1347	486	1009	150	188
	2010	1673	666	1209	205	258
	2020	2044	866	1441	267	336
	2030	2216	1100	1451	339	427
	2040	2393	1278	1503	394	496
	2050	2588	1505	1540	463	584

Modellrechnung zu Szenario 4: verbesserte Vereinbarkeit Beruf/Pflege

Tabelle 37:**Anteil verschiedener Leistungen 1998 bis 2050**

		Anteil Inanspruchnah me beruflicher Leistungen, S4	Anteil Geldleist ungen,S4	Anteil Sachleist ungen,S4	Anteil Kombileist ungen,S4
Jahr	1998	.35	.76	.11	.14
	2000	.36	.75	.11	.14
	2010	.40	.72	.12	.15
	2020	.42	.70	.13	.16
	2030	.50	.65	.15	.19
	2040	.53	.63	.16	.21
	2050	.58	.60	.18	.23

Modellrechnung zu Szenario 4: verbesserte Vereinbarkeit Beruf/Pflege

Die wesentlichen Unterschiede zwischen den Szenarien 3 und 4 werden in der nebenstehenden Tabelle zusammengefaßt.

⁴⁴ Für weitere Überlegungen im Hinblick auf diese Entwicklung vgl. Teil III

Tabelle 38: Stationär Versorgte und ambulant Versorgte, die verschiedene Leistungen in Anspruch nehmen
 Ergebnisse der Modellrechnungen zu den Szenarien 3 und 4
 Angaben in Tausend

	1998	2000	2010	2020	2030	2040	2050
	Szenario 3: demographischer und sozialer Wandel						
stationär Versorgte	540	571	724	851	1020	1220	1448
ambulant Versorgte	1273	1319	1485	1733	1791	1891	1998
davon: Inanspruchnahme beruflicher Leistungen	448	471	576	687	777	883	1011
Sachleistungen	138	145	178	212	239	272	312
Kombileistungen	174	183	224	266	301	343	392
	Szenario 4: demographischer und sozialer Wandel und verbesserte Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit						
stationär Versorgte	540	543	536	540	596	718	858
ambulant Versorgte	1273	1347	1673	2044	2216	2393	2588
davon: Inanspruchnahme beruflicher Leistungen	448	486	666	866	1100	1278	1505
Sachleistungen	138	150	205	267	339	394	463
Kombileistungen	174	188	258	336	427	496	584

5. Personalszenarien⁴⁵

Auf der Grundlage der Szenarien zur Entwicklung der stationären und ambulanten Versorgung von Pflegebedürftigen lassen sich, mit einigen Einschränkungen, auch Schätzwerte für den künftigen Personalbedarf ermitteln. Dabei sei darauf hingewiesen, daß das erforderliche empirische Wissen für eine strikte Extrapolation des Anteils der professionellen Pflegedienstleistungen an der Gesamtversorgung der Pflegebedürftigen nur ansatzweise vorausgesetzt werden kann. Detaillierte empirische Repräsentativuntersuchungen über den individuellen Verlauf von Pflegekarrieren und die Einflüsse sozialrechtlicher Normierungen, den Einfluß der Infrastruktur, ökonomischer Ressourcen und sozialer Konstellationen sind derzeit ebensowenig verfügbar, wie Längsschnittuntersuchungen zur Personalentwicklung seit Einführung der Pflegeversicherung.

Für den stationären Bereich bieten sich als Potentialberechnungsverfahren des künftigen Pflegepersonalbedarfes die Personalanhaltszahlen und Stellenäquivalenzziffern der Bundesländer⁴⁶ an, die allerdings erheblich variieren und nur als grober wenn auch nicht zu unterschätzender Korridor für die Pflegesatzverhandlungen dienen. Ein zweites Verfahren ist die Orientierung an empirischen Studien zum Pflegeaufwand im stationären Bereich. Zum Personalbedarf in der stationären Pflege in der Bundesrepublik sind derzeit nur vier Referenzstatistiken⁴⁷ verfügbar, von denen die Infrateststudie als einzige eine hinreichend repräsentative Grundgesamtheit aufweist. Da die Infrateststudie als einzige Studie repräsentative Durchschnittswerte des stationären Pflegeaufwandes ermittelt und diese Werte in äquivalente Vollzeitstellen umrechnet, wurden diese Daten als Grundlage der folgenden Berechnungen verwendet.

Tabelle 39: Vollzeitarbeitskräfte je 100 Bewohner nach Berufsgruppen 1994 und 1998

	Angaben in Prozent	
	1994	1998
Pflegepersonal	30,4	32,1
Therapeutisches Personal / Sozialarbeiter	1,3	1,2
Zivildienstleistende	2,0	2,2
Hauswirtschaftliches Personal	10,6	10,4
Verwaltungspersonal	3,2	2,6
Vollarbeitskräfte	47,6	48,5

Quelle: Infratest-Repräsentativerhebung 1994 und 1998

Als Grundlage für die Personalszenarien wurden die Vollzeitkräftequoten des Pflegepersonals von

⁴⁵ Für die Mitarbeit an diesem Kapitel bedanken wir uns bei Thomas Pfundstein.

⁴⁶ Vgl. Schneekloth, U./ Müller U. (1999), S. 151ff

⁴⁷ neben der erwähnten Infrateststudie (Schneekloth 1999) sind dies: Neugebauer, G. et. al (1997); Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (1999); und Équipe de Recherche Opérationnelle (EROS) (2000)

1998 (32,1/100) verwendet.⁴⁸ Die anderen zumindest teilweise an der Pflege beteiligten Berufsgruppen bleiben unberücksichtigt. Die Infrateststudie versteht unter Pflegepersonal alle fest angestellten examinierten Pflegekräfte und PflegehelferInnen, unberücksichtigt bleiben die Pflegeleistungen, die auf der Basis von 630-Mark-Jobs erbracht werden.

Da in der vorliegenden Studie die Pflegeleistungen nicht nach Pflegestufen differenziert sind, bildet die Vollarbeitskräftequote je 100 Heimbewohner die einzige Möglichkeit um zu Schätzwerten zu kommen. Damit wird allerdings für den Betrachtungszeitraum vorausgesetzt, daß sich sowohl das prozentuale Verhältnis der Pflegestufen der Heimbewohner nicht gravierend ändert und der in Minuten pro Tag errechnete Pflegebedarf konstant bleibt. Ebenso muß vorausgesetzt werden, daß auch weiterhin Personen der Pflegestufe 0 und "reine Wohnfälle" Heimplätze in Anspruch nehmen.⁴⁹

Die im stationären Bereich üblichen und sinnvollen Berechnungen von Betreuungsrelationen sind für den ambulanten Bereich nur sehr begrenzt aussagefähig. Das liegt zum einen daran, daß das Personal ambulanter Dienste nicht nur Leistungen im Rahmen des SGB XI erbringt, sondern auch Aufgaben aus dem Bereich des SGB V und hauswirtschaftliche Hilfen angeboten werden. Zum anderen läßt sich aus den Betreuungsquoten kein Rückschluß auf die Zeitdauer und das Niveau der Leistungen ziehen, da nicht deutlich wird, in welchem Umfang die Leistungen zur Sicherung des Pflegebedarfs beitragen.

Trotz dieser Einschränkungen eignen sich die Betreuungsrelationen insofern, als mit ihnen eine Extrapolation der empirischen Bedingung des status quo möglich ist. Auch hier greifen wir auf das Datenmaterial der Infrateststudie zurück, die für die ambulanten Pflegedienste Betreuungsrelationen ausgewiesen hat. (Schneekloth, 1999, S. 89 ff, 113-114) Das dabei zur Anwendung gekommene Verfahren, geht von den im Durchschnitt pro Monat betreuten Pflegebedürftigen aus und errechnet anhand des prozentuellen Verhältnisses der im Rahmen der Pflegeversicherung finanzierten Leistungen die Betreuungsrelation pro Vollarbeitskraft. Im Ergebnis ergibt das ein Verhältnis von 9.6 Pflegebedürftigen pro Monat zu einer Vollarbeitskraft.⁵⁰

⁴⁸ Dabei handelt es sich um Durchschnittswerte, die z.B. unter Trägers Gesichtspunkten deutlich differieren - so errechnet sich für öffentliche Träger mit 27,4 eine geringere Vollarbeitskräftequote als für gemeinnützige Träger (31,6) und private Träger (36,3). Vgl. dazu Schneekloth, 1999, S. 165

⁴⁹ Zum Zeitpunkt der Erhebung lebten in den Heimen ca. 12 % Bewohner der Stufe 0 und ca. 5 % "reine Wohnfälle", Schneekloth, 1999, S. 133

⁵⁰ Auch hier zeigen sich erhebliche Differenzen zwischen Einrichtungen. So ist die Betreuungsrelation in den neuen Bundesländern etwas günstiger als in den alten Bundesländern (9,2 : 9,8). Noch deutlicher sind die Unterschiede im Hinblick auf die Trägerschaft. Private Träger haben im Durchschnitt ein günstigeres Verhältnis (7,2) als öffentliche Träger (15,2).

*Bedarf an Pflegefachkräften insgesamt***Tabelle 40:****Bedarf an Pflegefachkräften insgesamt unter den Bedingungen der Szenarien 1 bis 4
Angaben in 1000**

		Personal, gesamt, Szenario 1	Personal, gesamt, Szenario 2	Personal, gesamt, Szenario 3	Personal, gesamt, Szenario 4
Jahr	1998	220	220	220	220
	2000	231	228	232	225
	2010	275	261	292	241
	2020	332	296	345	264
	2030	365	356	408	306
	2040	409	424	484	364
	2050	469	503	570	432

Schätzwerte

Der Bedarf an Pflegefachkräften steigt in allen Szenarien ganz erheblich. Besonders deutliche Steigerungsraten sind zu erwarten, wenn die für das von uns den gegenwärtigen Trends am besten angepaßte Szenario 3 vorausgesetzten Bedingungen eintreten: Fortsetzung des demographischen und sozialen Wandels, insbesondere eine Steigerung der Erwerbstbeteiligung von Frauen. Unter diesen Bedingungen wäre eine Zunahme des Personalbedarfs von rund 220.000 Vollzeitstellen auf mehr als das doppelte bis 2040 und auf rund 570.000 bis 2050 zu erwarten.

Bemerkenswert ist der deutliche Unterschied im Personalbedarf zwischen Szenario 3 und 4: Wenn es gelingen sollte, die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege zu verbessern, würde sich das auch in einem deutlich geringeren Personalbedarf niederschlagen.

Diese Unterschiede werden besonders deutlich, wenn die erwartbaren Veränderungen im Personalbedarf für den stationären und ambulanten Bereich getrennt betrachtet werden.

Bedarf an Pflegekräften im stationären Bereich

Während unter den Bedingungen von Szenario 3 der Bedarf an Pflegefachkräften im stationären Bereich von rund 170.000 Vollzeitstellen auf knapp 400.000 bis 2040 anwachsen würde, wäre bei einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflegen - Szenario 4 - nur eine Steigerung des Bedarfs auf rund 230.000 Vollzeitstellen zu erwarten.

Tabelle 41:

**Bedarf an Pflegefachkräften im stationären Bereich unter den
Bedingungen der Szenarien 1 bis 4
Angaben in 1000**

		Personal, stationär, Szenario 1	Personal, stationär, Szenario 2	Personal, stationär, Szenario 3	Personal, stationär, Szenario 4
Jahr	1998	173	173	173	173
	2000	182	180	183	174
	2010	216	205	232	172
	2020	263	231	273	173
	2030	290	281	327	191
	2040	324	338	392	230
	2050	374	403	465	275

Schätzwerte

Bedarf an Pflegekräften im ambulanten Bereich

Im ambulanten Bereich würde sich erwartungsgemäß eine andere Bedarfsentwicklung abzeichnen. Mit einer hohen Steigerungsrate wäre unter den Bedingungen von Szenario 4 zu rechnen: eine Zunahme von rund 50.000 Stellen auf ca. 130.000 bis 2040 - dagegen nur eine Steigerung auf rund 90.000 unter den Bedingungen von Szenario 3.

Tabelle 42:

**Bedarf an Pflegefachkräften im ambulanten Bereich unter den
Bedingungen der Szenarien 1 bis 4
Angaben in 1000**

		Personal, ambulant, Szenario 1	Personal, ambulant, Szenario 2	Personal, ambulant, Szenario 3	Personal, ambulant, Szenario 4
Jahr	1998	47	47	47	47
	2000	49	49	49	51
	2010	59	56	60	69
	2020	69	65	72	90
	2030	75	75	81	115
	2040	85	86	92	133
	2050	95	100	105	157

Schätzwerte

Abbildung 16

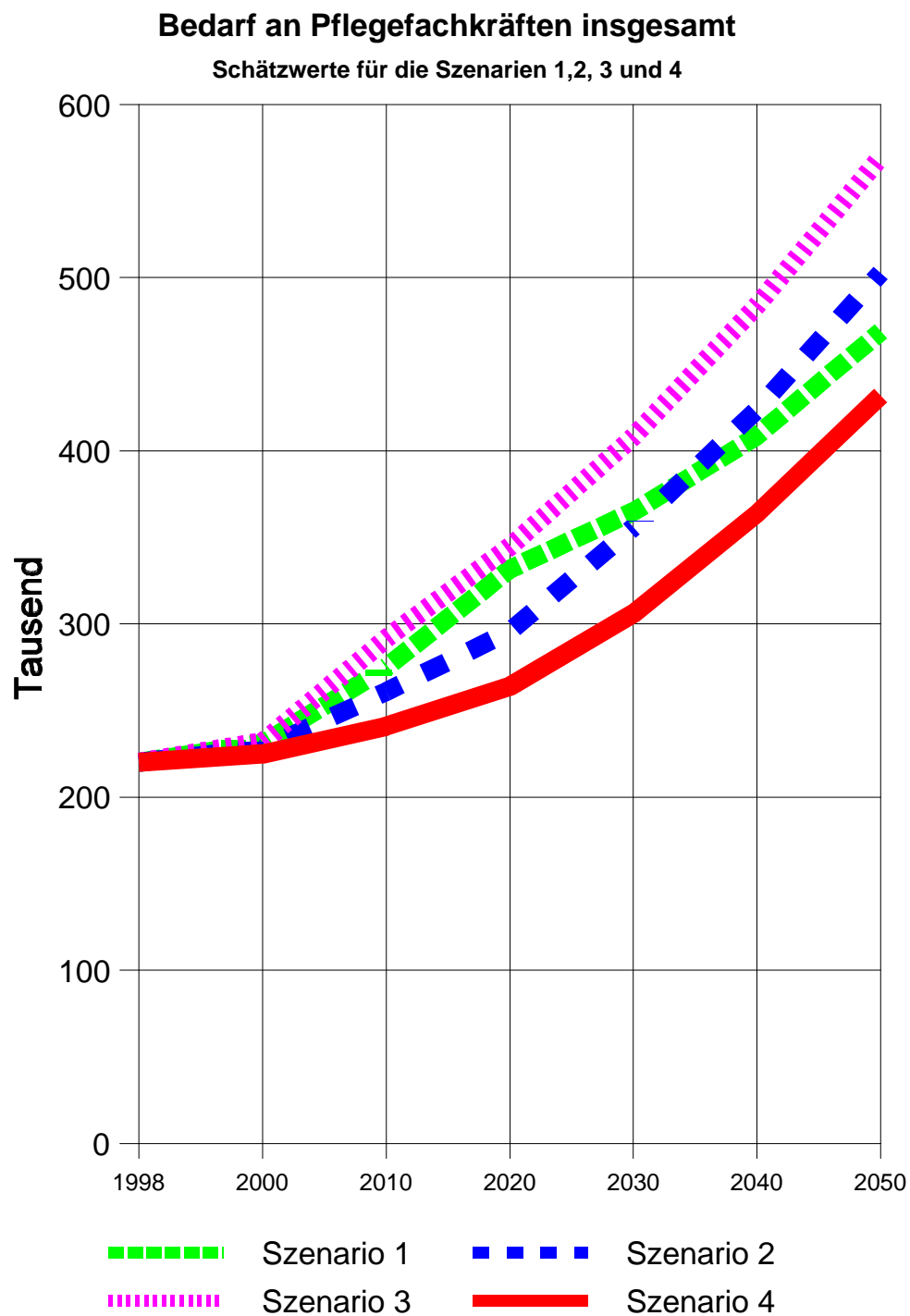


Abbildung 17

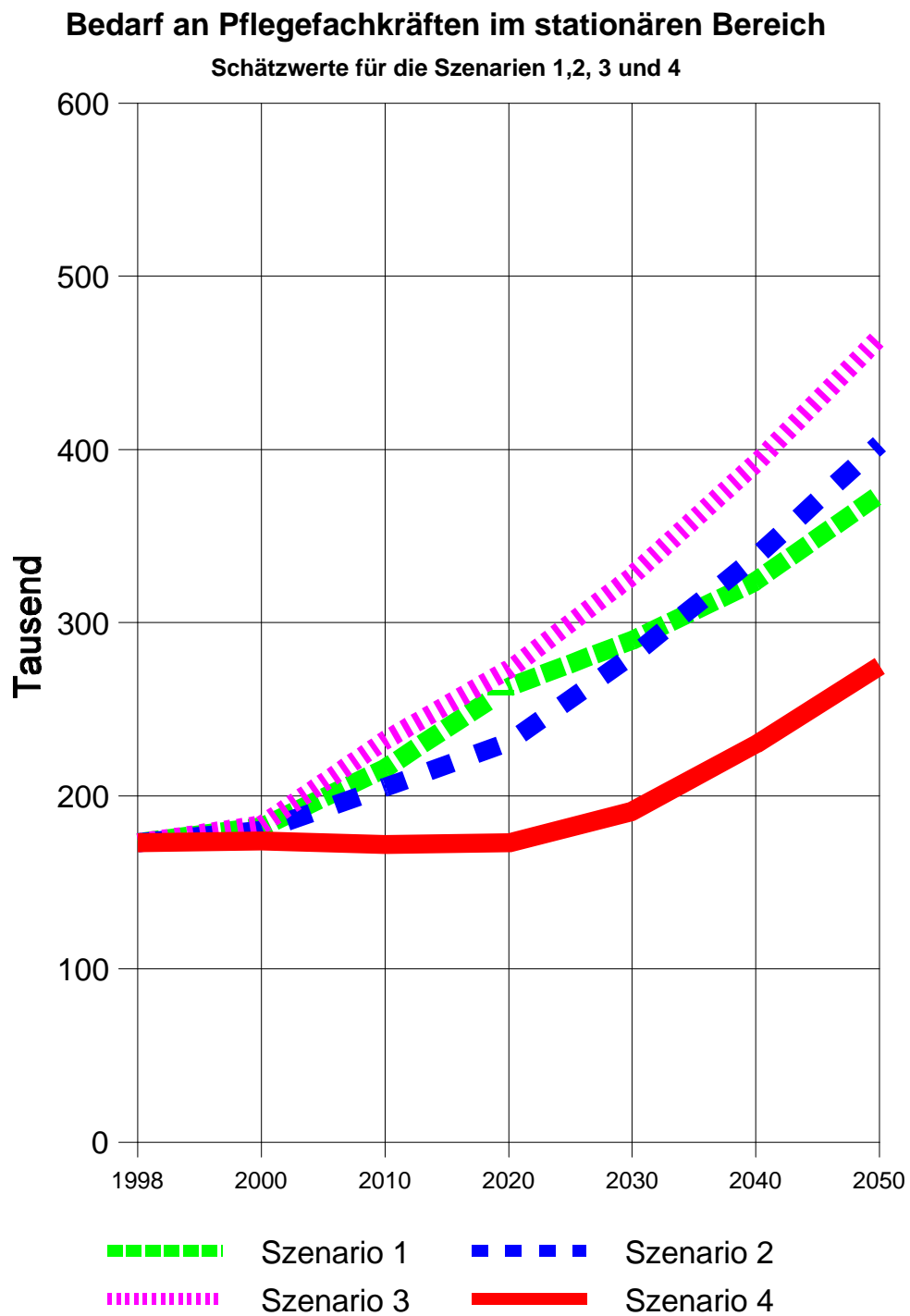
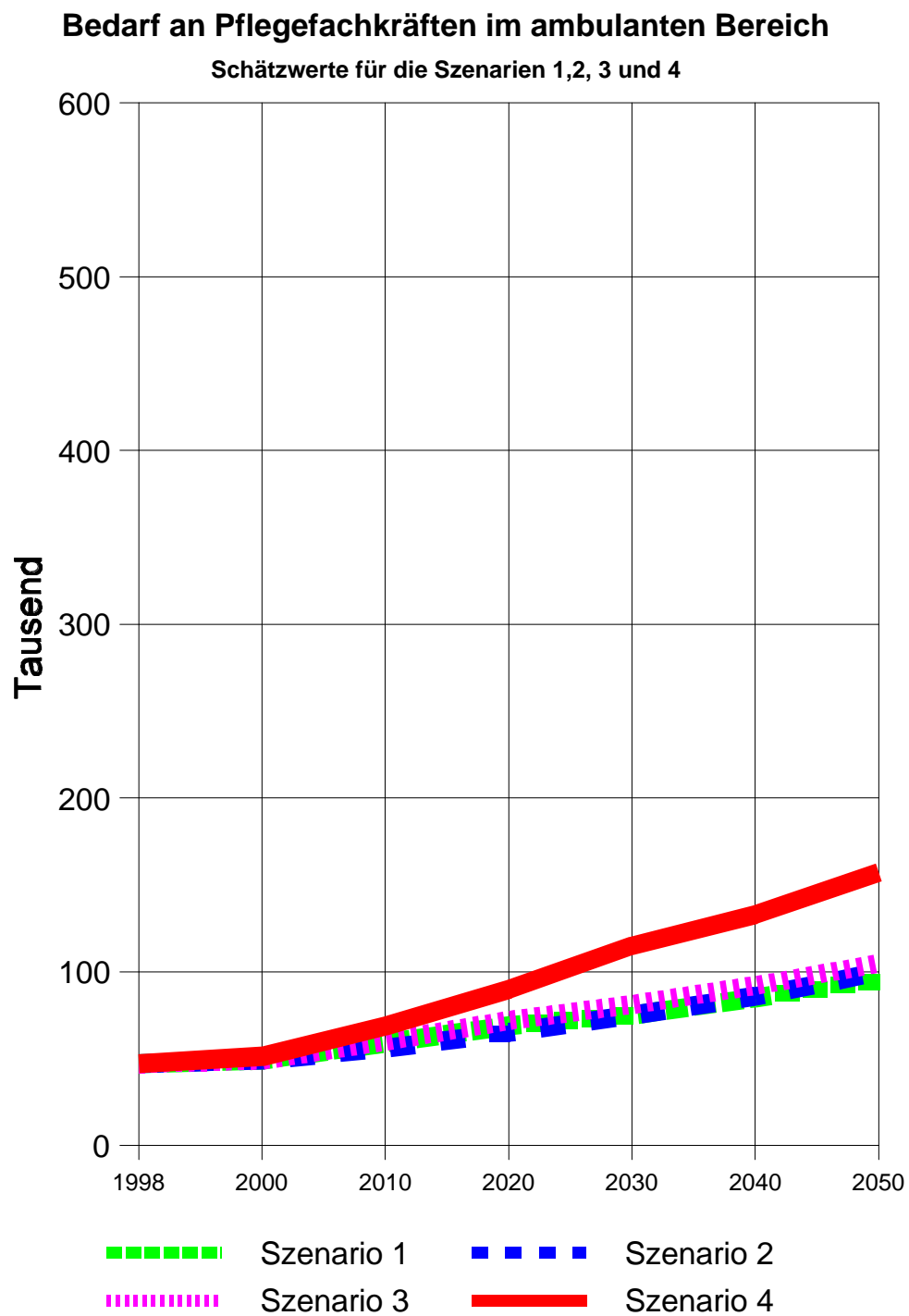


Abbildung 18



Teil III: Optionen für eine gestaltende Pflegepolitik

1. Familienpflege versus professionelle Pflege - Anmerkungen zur Abgrenzung

Alle von uns entwickelten Szenarien machen deutlich, daß mit einem beträchtlichen Anstieg, vor allem mit einer mittelfristigen Zunahme der Bedeutung von professioneller Pflege gerechnet werden muß. Die Ressourcen der Familienpflege - von uns als "Pflegepotential" in den Modellrechnungen berücksichtigt - verändern sich. Nun besteht aber keine mechanische Beziehung zwischen "Familienpflege" und "professioneller Pflege": Professionelle Pflege ersetzt nicht selbstverständlich die bisher durch Angehörige erbrachte Pflege. Dies gilt in ganz besonderem Maße für den Sektor der Häuslichen Pflege und Versorgung, der weit mehr als der vollstationäre Bereich Abwägungs- und Entscheidungsprozessen unterworfen ist, die durch sehr unterschiedliche Ebenen pflegepolitischer Gestaltungen beeinflusst werden: die Makroebene mit den institutionellen Ausgestaltungen staatlicher Pflegesicherungspolitik und ihren sozialrechtlichen, aber auch anderen rechtlichen Normierungen, die Mesoebene mit der jeweiligen regionalen Pflegeinfrastruktur, aber auch regionalen und lokalen Kulturen, und schließlich die Mikroebene, auf der individuelle Merkmale, aber auch Merkmale des jeweiligen sozialen Milieus und spezifische Bedingungen des sozialen und ökologischen Pflegeumfeldes eine Rolle spielen. (vgl. Zeman, P., 2000; Mager, H.-C., 1999a, S. 99) Eine gestaltende Pflegepolitik, die die künftigen demographischen und soziokulturellen Faktoren in den Blick nimmt, wird sich ihrer Wirkungen auf den unterschiedlichen Interventionsebenen der Pflegepolitik vergewissern müssen. Von pflegepolitischen Rahmenbedingungen hängt das Verhältnis von Familienpflege zur professionellen Pflege in entscheidendem Maße ab. Dabei sind auch die Begriffe "Familienpflege" und "professionelle Pflege" keineswegs statisch und in ihrer Begrifflichkeit eindeutig. Heute wird unter "Familienpflege" die Pflege durch (Ehe-) Partner und Kinder verstanden, wobei, empirisch betrachtet, es im wesentlichen Partner sowie Töchter und Schwiegertöchter sind, die sich an der direkten Pflege beteiligen. Mit Recht hat sich Steiner-Hummel um eine Art Typologie der Pflege durch Angehörige bemüht, die unterschiedliche Formen der Beteiligung an Pflegeaufgaben im familiären Kontext herausarbeitet. (Steiner-Hummel, I., 1991) Dieser Vorschlag macht deutlich, daß die Beteiligung an Pflegeaufgaben sich nicht darin erschöpfen muß, sich an Formen der direkten Pflege alltäglich zu beteiligen, sondern sie auch in einer Art aktiven Grenzregulierung liegen kann, d. h. in der Verantwortungsübernahme für die Organisation der Pflege und in der Beteiligung an "weichen Formen" der sozialen Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit. Die Verengung der Familienpflege auf die vollständige Übernahme von Pflegeaufgaben im Haushalt des Pflegebedürftigen bzw. im gemeinsamen Haushalt mit dem Pflegebedürftigen greift zu kurz und engt die faktischen Entscheidungsoptionen zu stark ein. Für die Zukunft wird es darauf ankommen, sowohl im Generationen- als auch im Genderverhältnis Formen der Beteiligung an Pflegeaufgaben herauszubilden, die die vielfältigen Unterstützungsformen unter Beteiligung mehrerer Personen in die Optionen für die Gestaltung von Pflegearrangements mit einbeziehen.

Inwieweit es dabei künftig gelingen kann, bisher weniger an der Pflege beteiligte Personen in den Blick zu nehmen und einzubinden - Berufstätige und auch Männer -, stellt dabei eine besondere pflegepolitische Herausforderung dar.⁵¹ Ähnlich wie im Kinder- und Jugendhilfesektor wird man den Familienbegriff auch im Bereich der Pflege erweitern und aus den Banden der Blutsverwandtschaft herauslösen müssen. Schon heute bilden sich, zumeist unter präventiven Gesichtspunkten, neue Formen gemeinschaftlichen Wohnens mit expliziter Unterstützungserwartung im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, die hohe Sympathiewerte in Teilen der Bevölkerung besitzen (Rosenmayr, 1994) und sich in der Zukunft in nennenswerter Weise entwickeln könnten, wenn hierfür die Wohnungs- und altenpolitischen Rahmenbedingungen geschaffen werden, wie dies etwa in Nordrhein-Westfalen der Fall ist, wo Beratungsstellen für gemeinschaftliche Wohnprojekte regional vorgehalten werden.⁵² Wie weit allerdings die Bereitschaft der Angehörigen derartiger "Wahlverwandtschaften" reicht, alltägliche Pflegeaufgaben zu übernehmen, bleibt abzuwarten. Ihr Beitrag im Rahmen von "weichen" sozialpflegerischen und betreuerischen Aufgaben sowie als stabilisierender Faktor in Pflegearrangements darf jedoch keinesfalls unterschätzt werden, auch wenn eine Berücksichtigung im Rahmen unserer Szenarien wegen fehlender empirischer Grundlagen nicht möglich war.

Das Verhältnis von Familienpflege zu professioneller Pflege ist stets von Interdependenzen geprägt und auf Co-Produktion im Rahmen einer gesamtpflegerischen Verantwortung angelegt, zumindest im ambulanten und teilstationären Sektor. Dabei finden spezifische Transformationsprozesse statt, in denen sozialstaatliche Leistungen in Form professioneller Pflege in die jeweiligen privaten Pflegearrangements integriert werden. Dies geschieht keineswegs immer in einer hochgradig medizinisch-pflegerischen Rationalität, sondern immer auch in einer spezifisch eigensinnigen Art und Weise. (vgl. Zeman, P., 2000) Gerade in Deutschland ist es noch in keiner Weise selbstverständlich, für Pflegeaufgaben Fremde in die eigene Wohnung zu lassen und sie zum Bestandteil der alltäglichen Versorgung von Familienangehörigen werden zu lassen. Die Einbeziehung von professioneller Pflege orientiert sich offenbar nur in höchst begrenztem Maße an pflegefachlichen Bedarfsmerkmalen, sondern variiert vielmehr mit soziokulturellen Faktoren und mit sozialen Milieus. (Vgl. dazu: Blinkert, B., Klie, T. 1999, 2000) Am ehesten werden noch sozialstaatlich finanzierte Pflegesachleistungen in das häusliche Pflegearrangement integriert. Sobald die von vornherein nur einen Teilbedarf abdeckenden Pflegesachleistungen der Pflegeversicherung erschöpft sind, werden trotz weiterhin bestehenden Bedarfes, im übrigen auch in Einpersonenhaushalten ohne soziale Netzwerke, aber auch dort nur in einem ausgesprochen begrenzten Umfang zusätzliche professionelle Pflegeleistungen hinzugekauft. (vgl. hierzu: DAK, 1999) Es gehört zu den folgenschwersten Verkennungen der Pflegepolitik seit Einführung der

⁵¹ vgl. zur faktischen Beteiligung von Männern an der Pflege: Senf, T. (1996)

⁵² MAGS NRW, 1999

Pflegeversicherung im häuslichen Bereich, daß ein staatlicher Gestaltungsauftrag für komplementäre und ergänzende staatliche Pflegeleistungen nicht mehr bestehe. (Evers, 1998) Gerade mit einem Rückgang bzw. einer Veränderung der Familienpflege und des Familienpflegepotentials wird dieser Aufgabenbereich in der Regel auf der kommunalen Ebene angesiedelter Pflegepolitik an Bedeutung und Gewicht gewinnen müssen, wenn der Vorrang häuslicher vor stationärer Pflege weiterhin aufrecht erhalten werden soll.

In ähnlicher Weise wie die Familienpflege einem Wandel unterliegt, gilt dies auch für die professionelle Pflege, wobei hier zunächst einmal begriffliche Unschärfen zu klären sind. Unter "professioneller Pflege" wird alltagssprachlich zumeist "beruflich erbrachte Pflege gegen Entgelt" verstanden, unabhängig vom formellen Abschluß der beruflich Pflegenden, seien sie nun Krankenschwestern, AltenpflegerInnen, Hauswirtschaftsfachkräfte oder angelernte HelferInnen. In einem berufssoziologischen Sinne würde man unter "professioneller Pflege" eine "fachlich fundierte Pflege" verstehen, die theoriebasiert agiert, über ihre eigenen Wissensbestände und Standards sowie über eine gewisse fachliche Autonomie verfügt und mit berufsständischer und ethischer Selbstregulierung ihre Eigenständigkeit und Autonomiefähigkeit unter Beweis stellt. (vgl. DGGG, 1996) Die Berufsgruppen der Pflege sind in einem entsprechenden Professionalisierungsprozeß begriffen. Äußeres Zeichen hierfür sind die zahlreichen pflegewissenschaftlichen Studiengänge in Deutschland. Im Zuge der Professionalisierung der Pflege in einem berufssoziologischen Sinne schält sich ein modernes Professionsverständnis heraus, das die Aufgaben der professionellen Pflege nicht primär in der Übernahme von Pflegeaufgaben im Bereich der direkten Pflege ansiedelt, sondern Steuerungsaufgaben in den Mittelpunkt stellt, d. h. die Verantwortung für die Pflegeanamnese, die Pflegeplanung und Pflegeprozeß-Steuerung unter Beteiligung und in Co-Produktion mit den Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen. (Entzian, H.; Klie, T., 2000, S. 141-154) In diesem Sinne von professioneller Pflege geht es nicht um ein Substitutionsverhältnis professioneller Pflege für Familienpflege, sondern um ein interaktives Verhältnis in der gemeinsamen Verantwortungsübernahme für die Pflege mit einem partiellen Handlungsauftrag für die Professionellen. Dieses Verständnis von professioneller Pflege wird sich voraussichtlich in der Zukunft mehr noch als bisher durchsetzen, wenn die Ressource Pflegefachkraft zu einer wesentlich rareren als heute schon wird und sich beruflich Pflegende ohne formale Ausbildung mehr als bisher im Sektor der Pflege betätigen werden. Das SGB XI hat dieses Verständnis von professioneller Pflege an einigen Stellen dem Pflegefachkraftsbegriff zugrunde gelegt, etwa in § 71 SGB XI. Das Verhältnis von Familienpflege versus professioneller Pflege ist damit keinesfalls als ein statisches und einem eher mechanischem Substitutionsverhältnis entsprechendes anzusehen, sondern ein dynamisches und in der Zukunft vielfältigen Veränderungen unterworfenen. Dabei bleibt selbstverständlich festzuhalten, daß die bisher weitgehend von Akteuren der Familienpflege geleisteten direkten Pflegeaufgaben künftig vermehrt von beruflich Pflegenden übernommen werden müssen, wenn die Aufgaben, die bisher im Bereich der Pflege

2. Optionen für eine künftige Pflegepolitik

Option 1: Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Eine wesentliche Voraussetzung für die Absicherung eines nennenswerten Beitrages zur Sicherung der Pflege durch Familienpflege wird darin liegen, bei zu erwartender anwachsender Erwerbstätigkeit von Frauen unter Zunahme des Beschäftigungsgrades Pflege und Beruf miteinander vereinbar zu machen. Zwar sind bisher nur unsichere Zusammenhänge, zumindest keine eindeutigen Beziehungen zwischen Berufstätigkeit und der Bereitschaft und Fähigkeit zur Übernahme von Pflegeaufgaben in der wissenschaftlichen Literatur herausgearbeitet worden. Zum Teil widersprechen sich auch die Aussagen. (Sundström, G., 1994) In jedem Fall gibt es keine streng negative Beziehung zwischen Erwerbsarbeit und informeller Pflegearbeit, die bisher belegt ist. Eine Studie aus den USA weist nach, daß Berufstätigkeit nicht zu einer geringeren Hilfeleistung, aber zu einer geringen Beteiligung an informeller Pflegearbeit führt, die aber durch den Zukauf von berufsmäßiger und professioneller Pflege kompensiert wird. (Mc Glone, F.; Cronin, N., 1995). Für andere Länder ist eine geringere Beteiligung von Berufstätigen an Pflegeaufgaben nachgewiesen. (vgl. Sundström, 1994) Wir konnten mit Szenario 4 zeigen, daß sich die Beteiligung von Berufstätigen an Aufgaben der Pflege bzw. die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf deutlich auf die künftige Entwicklung des Verhältnisses von Familienpflege zu professioneller Pflege auswirkt. Dabei ist noch einmal zu betonen, daß das Alter insbesondere der weiblichen Pflegepersonen, das durchschnittlich zwischen dem 5. und 7. Lebensjahrzehnt liegt und damit z. T. nicht mehr im Erwerbsalter, die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege als Faktor etwas relativiert. Unter qualitativen Gesichtspunkten ist zu betonen, daß für alle an der Familienpflege Beteiligten die ausschließliche Beschränkung auf eine Pflegerolle sowohl für die Pflegenden als auch für das Pflegearrangement gefährlich werden kann, da damit Überforderungssituationen vorprogrammiert und bei Beschränkung auf Familienpflege Anomiekonstellationen und damit Gewalt in der Pflege begünstigt werden. (BMFSSJ, 1997) Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wird trotz der Relativierung zu einem wichtigen Baustein für die künftige Erwartbarkeit von Familienpflege durch die "Kindergeneration".

Die Vereinbarkeit ist zunächst abhängig von Arbeitsbedingungen. Das durch das Teilzeitarbeitsgesetz eingeführte Recht auf Teilzeitarbeit ermöglicht es potentiell Pflegenden ihre Arbeitszeit relativ flexibel an die Pflegeaufgaben - und sei es auch nur zeitweise - anzupassen. Bedeutsam ist weiterhin die Flexibilisierung der Arbeitszeit und der Arbeitsorganisation, damit die Pflegeaufgaben im Alltagsmanagement mit den Arbeitszeiten vereinbar werden. Die Einführung einer Pflegezeit analog zur Erziehungszeit, mit der Finanzierung der Sozialversicherungsbeiträge aus Mitteln der Pflegeversicherung, würde eine phasenweise intensive Beteiligung an Familienpflegeaufgaben ermöglichen, ohne auf alle Zeit auf die Erwerbsarbeit verzichten oder aus

ihr ausscheiden zu müssen.⁵³ Auch Vorruhestandsregelungen kommen in Betracht, wenn auch zu bedenken ist, daß künftig von einer längeren Phase der Erwerbstätigkeit und einem Arbeitskräftemangel auszugehen ist, so daß Vorruhestandsregelungen mit arbeitsmarktpolitischen Motivationen mit einer Sekundärwirkung auf Familienpflegepotentiale mittelfristig eher ausscheiden werden. Vielmehr wäre daran zu denken, auch Personen nach Erreichen der Ruhestandsgrenzen eine entgeltliche Beteiligung an Pflegeaufgaben im weiteren Sinne zu eröffnen und diese durch entsprechende renten- und steuerrechtliche Rahmenbedingungen (in begrenztem Umfang) attraktiv zu machen. Auf diese Weise könnten Ressourcen jüngerer Älterer genutzt, eine Aufstockung des Alterseinkommens eröffnet und auch in volkswirtschaftlichem Sinne Produktivitätseffekte erzeugt werden.⁵⁴ Im Hinblick auf die bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege ist in besonderer Weise auf die Vorschläge von Naegele hinzuweisen, der zu den genannten Vorschlägen die Notwendigkeit einer intensiven Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, tariflich und einzelbetrieblich abgesicherter flexibler Arbeitszeitanrangements und einer institutionalisierten Kooperation zwischen Betrieben, betrieblicher Sozialarbeit und dem Altenhilfessektor darlegt. (Beck, Nägele et al., 1997)

Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ist weiterhin von der Infrastruktur im Bereich der häuslichen Pflegehilfen und Betreuungsdienste abhängig. Wenn die Pflegeversicherung ihre Leistungen konzentriert auf "harte" Pflegedienstleistungen, orientiert an den anerkannten Verrichtungen, reicht ein entsprechendes Leistungskonzept nicht aus, wenn es um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf geht, da die Anwesenheit und die soziale Betreuung sowie das Alltagsmanagement ebenso zur Disposition stehen, wenn die erwerbstätige Person nicht im Haushalt anwesend ist. Bezogen auf die pflegerischen Dienste im engeren Sinne wird es darauf ankommen, den Einsatz der Pflegedienste auf die Bedürfnisse der Pflegehaushalte flexibel abzustimmen. Mit Blick auf komplementäre Hilfen ist ein weiterer Pflegebegriff zu etablieren, der auch nicht typisch verrichtungsbezogene Pflegeleistungen kennt und vorsieht, wobei hier sowohl der tertiäre Sektor als auch marktgängige Dienstleistungen für die komplementären Unterstützungsleistungen in Betracht kommen und auch leistungsfähig entwickelt werden müssen. Eine besondere Bedeutung kommt den teilstationären Hilfen zu, insbesondere Tages-, aber auch Nachtpflege, die ein wichtiger Baustein für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf darstellen können, wenn sie denn pflegekulturell akzeptiert und zu Preisen angeboten werden und verfügbar sind, die haushaltsökonomisch bewältigt werden können. Auch hier kommen Mischformen zwischen beruflich erbrachten und bürgerschaftlich mit produzierten Leistungen in Betracht, wie sie inzwischen recht vielfältig in den sog. "BETA-Projekten" erprobt wurden.

⁵³ So schon vorgeschlagen von der Enquête-Kommission Demographischer Wandel 1994

⁵⁴ Entsprechende Vorschläge wurden u. a. auch von Ernst Ulrich von Weizsäcker im Rahmen der Rentendiskussion formuliert, wobei - wovon auch hier ausgegangen wird - weite Optionsfelder gesehen werden. (Vortrag von Ernst Ulrich von Weizsäcker am 14.09.2000 auf der Jahrestagung der Dt. Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie Nürnberg)

(Steiner-Hummel, I., 1998)

Gerade am Beispiel der Tagespflegeeinrichtungen läßt sich nachzeichnen, daß die Akzeptanz und Inanspruchnahme derartiger neuer Infrastrukturangebote in hohem Maße korreliert mit regionalen Pflegekulturen als Determinanten für Pflegeentscheidungen auf der Mesoebene und mikropolitischen Entscheidungsprozessen in jeweiligen Haushalten und Familien.⁵⁵ Noch ist es verbreitet, in einer mythischen Vereinfachung Pflegeentscheidungen zu treffen: Entweder Familienpflege oder Heim. Dieses einfache Entweder - Oder entspricht nicht den demographischen und sozialen Bedingungen der Zukunft und wird auch einer geschlechtssensiblen Gestaltung einer Pflegepolitik nicht gerecht, der es auch an einer fairen Verteilung von Pflegeaufgaben gelegen ist, sowohl im Verhältnis der Geschlechter als auch im Generationenverhältnis. Das Leitbild der geteilten Verantwortung mag für künftige pflegekulturelle Orientierungen und als Leitbild für eine künftige Pflegepolitik dienen. Es findet auch seine zunehmende Verankerung in den Mentalitäten pflegenaher Jahrgänge, die sich die Übernahme von Pflegeaufgaben nur in einem Pflegemix zwischen Familienpflege und beruflich erbrachter Pflege vorstellen können.(Blinkert, B., Klie, T., 2000) Noch ist allerdings die Bereitschaft, eine solche Orientierung auch in Pflegeentscheidungen umzumünzen, nur begrenzt vorhanden, zumindest dann, wenn sie sich in der Bereitschaft niederschlagen muß, über die Leistungen der Pflegeversicherung hinaus Leistungen zuzukaufen. (DAK, 1999) Es ist am ehesten zu erwarten, dass bei einem Zusammentreffen von günstigen sozioökonomischen Bedingungen und einem "modernen Lebensentwurf" der Pflegenden und Pflegebedürftigen Leistungen hinzugekauft werden. Am wenigsten ist dies erwartbar bei Pflegearrangements, die unter ökonomischen oder sozialen Restriktionen stehen (vgl. Runde u. a. 1999). Für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wird es dabei wichtig sein, daß die haushaltsökonomisch zu bewältigenden Zusatzkosten die Attraktivität der Erwerbstätigkeit unter ökonomischen Gesichtspunkten nicht in Frage stellen. Der Weg zu pflegekulturellen Orientierungen, die die Vereinbarkeit von Pflege nicht nur mit beruflicher Tätigkeit, sondern auch mit anderen Aktivitäten, sei es in der Freizeit, sei es im Rahmen bürgerschaftlichen Engagements oder anderen familiären und privaten Obliegenheiten, herzustellen, stellt sich als ein Entwicklungsprozess dar, der bundes- und landesweit befördert und kommunal gestaltet werden muß. (Braun, U., Schmidt, R., 1996) Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf stellt sich je nach Netzwerkkonstellatation unterschiedlich dar. Entsprechend differenzierend sind die Rahmenbedingungen auszugestalten, damit sie in möglichst vielen unterschiedlichen Konstellationen eine Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu fördern in der Lage sind.

Bei stabilen Netzwerkkonstellationen ist davon auszugehen, dass in der Regel keine ausgeprägte Berufstätigkeit der Hauptpflegepersonen gegeben ist. Partner, Tochter oder Schwiegertochter

⁵⁵ Da die Tagespflege in Deutschland noch keine nennenswerte Verbreitung gefunden hat und vor allem aussagekräftige Daten zur Nutzung von Tagespflegeeinrichtungen nicht zur Verfügung stehen, konnten Tagespflegeangebote in den Szenarien nicht berücksichtigt werden.

leben im selben Haushalt des Pflegebedürftigen. Hier kommt es eher darauf an, die Pflegesituation dadurch zu stabilisieren, dass die Hauptpflegepersonen auch neben der Pflege noch wichtige Lebensinhalte, zu denen auch Erwerbsarbeit mit ihren sozialen Integrationsfunktionen zählt, in ihre Lebensgestaltung integrieren können. Die Ermöglichung von Tätigkeitsfeldern außerhalb der Familie stellt eine durchaus wichtige Bedingung für verträgliche Pflegekonstellationen dar. Voraussetzung hierfür ist jedoch ein Mentalitätswandel sowohl bei den Hauptpflegepersonen als auch insgesamt in den Familien: Die Pflege eines Angehörigen muss nicht Erwerbsarbeit ausschließen, Erwerbsarbeit oder andere Tätigkeitsfelder sollten gerade als erstrebenswert gelten. Hier wäre auf eine so nicht vorhandene Akzeptanz entlastender Unterstützungsangebote hinzuarbeiten, insbesondere durch teilstationäre Angebote. Diese sind gerade in stabilen Netzwerkkonstellationen nicht selbstverständlich Bestandteil in Betracht bezogener Gestaltungsoptionen für die Bewältigung der Pflege.

Anders die Situation bei sogenannten labilen Netzwerkkonstellationen. Typischerweise sind die hier an der Pflege beteiligten Personen berufstätig, leben in einem eigenen Haushalt am selben Ort. Gerade in diesen Konstellationen kommt es auf eine Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege durch eine flexible Arbeitszeitgestaltung und leicht und sicher zur Verfügung stehende Infrastrukturangebote für Pflegebedürftige an, damit das Alltagsmanagement im Haushalt der Pflegepersonen, die Erwerbstätigkeit und die (Mit-)Verantwortung der Pflege vereinbar werden. Die Unterstützungsbereitschaft bei Berufstätigen könnte auf diese Weise gestärkt und mehr Netzwerkpartner in labilen Netzwerkkonstellationen in die Verantwortung der Pflege einbezogen werden. Hier kommt es auf eine intelligente Verzahnung informeller und beruflicher Pflege mit Hilfe professioneller Begleitung an. Sie ist Voraussetzung für eine verantwortbare Pflege in labilen Netzwerkkonstellationen, vor allem dann, wenn der Pflegebedürftige selbst Kompetenzen des Alltagsmanagements weitgehend eingebüßt haben sollte.

Dort, wo eine Heimunterbringung oder Versorgung in stationären Einrichtungen vollzogen wurde, kann durch eine bessere Vereinbarkeit von Pflegearbeit und Beruf die Verantwortungsbereitschaft alltäglicher Arbeit für die Gestaltung im vollstationären Bereich unterstützt werden. Flexible Arbeitszeiten können etwa ermöglichen, dass auch bei einem Leben im Heim pflegende Angehörige alltäglich, in Kontinuität zur bisherigen Versorgung, in Betreuungs- und Pflegeaufgaben einbezogen bleiben.

Ganz anders stellt sich die Frage der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in prekären Netzwerkkonstellationen. Hier sind zunächst keine nennenswerten Auswirkungen einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflegearbeit zu erwarten, da typischerweise Pflegebedürftige und potentielle Pflegepersonen nicht am selben Ort leben. In prekären Netzwerkkonstellationen, die heute noch die Minderheit darstellen, quantitativ aber in der Zukunft deutlich zunehmen werden, kann ein gesetzlicher Anspruch auf „Pflegezeit“ helfen, damit auf Zeit Pflegeaufgaben übernommen werden können. So könnte etwa der pflegende Angehörige einmal im Jahr oder bei akuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder im Sterbeprozess in die Pflegeaufgaben integriert werden und so seine Verantwortungsbereitschaft einlösen. Bei prekären

Netzwerkkonstellationen ist darüber hinaus in einem notwendigerweise zu erweiternden Pflegebegriff an die Einbeziehung familiärer Unterstützung in Form aktiver Grenzregulierung und der Übernahme von Management- und Betreuungsaufgaben zu denken, die auch auf Distanz hin wahrgenommen werden können. Die Möglichkeit, in dieser Weise tätig zu sein, sollte mehr kommuniziert, aber auch in der Sache qualifiziert werden, damit sich ein konstruktives Zusammenwirken zwischen beruflich Pflegenden vor Ort und Angehörigen am anderen Ort einstellt und hier nicht Konkurrenzen prägend werden. Auch hier kommt der professionellen Begleitung eine zentrale Bedeutung zu.

Option 2: Den bisherigen Erfolg der Pflegeversicherung kritisch reflektieren

Die Pflegeversicherung und ihre Wirkungsgeschichte liest sich zumindest im häuslichen Sektor überwiegend als eine Art Erfolgsstory, wenn man die einschlägigen Wirkungsanalysen der Pflegeversicherung und insbesondere die Studien über die Zufriedenheit mit den Leistungen der Pflegeversicherung bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zum Maßstab erhebt. (vgl.: Runde u. a., 1996; Blinkert/Klie, 1999) Die Pflegeversicherung hat zur ökonomischen Entlastung der pflegenden Haushalte beigetragen und durch Gratifikationen die Bereitschaft zur Familienpflege stabilisiert. Sie hat darüber hinaus pflegfachliche Impulse in die Häusliche Pflege hineingegeben und so Effekte in Richtung einer Verbesserung der Qualität in der Häuslichen Pflege ausgelöst. Sie veränderte wenig an den Pflegearrangements und hat lediglich in relativ restriktionsfreien Pflegehaushalten mit hohem Bildungsstand zu Neuorientierungen in der Gestaltung der Pflege beigetragen. (vgl. Evers/Rauch; 1998; Runde u. a. , 2000) Sie traf gerade im Bereich der Häuslichen Pflege, insbesondere bei Pflegegeldbeziehern, auf eher vormoderne Pflegeorientierungen bei dem Gros der Pflegehaushalte: auf stabile Netzwerkkonstellationen, auf die Adaption einer traditionellen Frauenrolle und auf moralisch und traditional vermittelte Pflegebereitschaften. (vgl. Blinkert/Klie, 1999) Ohne den Erfolg der Pflegeversicherung schmälern zu wollen, (Klie, T.; Schmidt, R., 1999) hat sie sich doch in besonderer Weise unter Bedingungen bewährt, die in der Zukunft nicht mehr in jeder Hinsicht vorausgesetzt werden können. Die Pflegeversicherung entfaltet ihre weithin positiven "Wirkungen" in einer von „vormodernen Pflegearrangements“ geprägten Pflegelandschaft. Eine zukünftige Pflegepolitik trifft sowohl auf andere demographische Bedingungen als vor allem auf andere kulturelle Voraussetzungen. Dort, wo ein Familienpflegepotential im von uns definierten Sinne vorhanden ist, werden sich andere Mentalitäten durchsetzen, die nach unseren eigenen Studien die Pflegeentscheidungsprozesse stärker unter Gesichtspunkten der Opportunitätskosten reflektieren und abwägen, also unter Berücksichtigung von Kosten, die bei der Übernahme von Pflegeaufgaben als entgangene Chancen in Rechnung gestellt werden. (Vgl. Blinkert/Klie, 2000) Dies trifft in besonderem Maße für Personengruppen mit einem modernen Lebensentwurf und einem relativ hohen sozioökonomischen Status zu. Auch wenn davon auszugehen ist, daß die

entsprechenden sozialen Milieus zahlenmäßig anwachsen werden, ist nicht von einer Generalisierung entsprechender Mentalitäten auszugehen. Es wird wichtig sein, zwischen Stadt und Land, sozialen Milieus und mit Blick auf die vielfältigen Gruppen von MigrantInnen, auch auf ethnische Differenzierungen zu achten.

Unter epidemiologischen Gesichtspunkten wird in den nächsten Jahrzehnten der Gruppe der Menschen mit Demenz eine besondere Bedeutung zukommen, so lange eine kausale Therapie nicht absehbar ist bzw. in ihren möglichen Therapieerfolgen keine Wirkung erzielen kann. Gerade auf die Gruppe der demenzkranken älteren Menschen ist die Pflegeversicherung sowohl in ihrem Pflegebedürftigkeitsbegriff als auch in ihren Leistungen nicht ausgerichtet. (vgl. Häfner, H., 1992) Die Pflegebedürftigkeit von Menschen mit Demenz stellt sowohl die Familienpflege als auch die professionelle Pflege vor qualitativ und quantitativ andere Herausforderungen als eine im wesentlichen somatisch begründete Pflegebedürftigkeit. Hieraus leiten sich Anforderungen an eine zukünftige Pflegepolitik ab, die flexibel auf die künftigen Entwicklungen reagieren muß, in ihren begrenzten Leistungen effektiv sein und einen Beitrag zur Kulturentwicklung leisten muß, wenn weiterhin in nennenswertem Umfang auf informelle Familienpflege gebaut werden soll, die ihrerseits die Entwicklung eines zivilisierten und bedarfsorientierten Pflegemarktes unterstützen soll. Das Versagen einer derart orientierten Pflegepolitik könnte in der Zukunft zu erheblichen Qualitätsproblemen, aber auch zu kulturellen Dilemmata führen, wenn es nicht gelingt, gesellschaftlich und sozialstaatlich ein Leben unter Bedingungen der Pflegebedürftigkeit als lebenswertes Leben mit entsprechenden Handlungsaufträgen für Gesellschaft und Politik abzusichern. Die populäre Diskussion um und die hohe Akzeptanz von Maßnahmen der aktiven Euthanasie in der Bevölkerung und die still sich verbreitende Zustimmung zu Behandlungsabbrüchen auch im Zusammenhang mit schweren Ausprägungsformen von Pflegebedürftigkeit weisen darauf hin, daß die Pflegepolitik angesichts der demographischen und sozialen Wandlungen vor großen gesellschaftlichen und kulturellen Herausforderungen steht. Diesen wird sie nur gerecht, wenn sie in bewußter und intelligenter Weise den Sozialpolitikansatz eines new welfare-mixes verfolgt. Ein klassisch „sozialdemokratischer“ Sozialpolitikansatz mit weitgehend ausgebauten Rechtsansprüchen und umfassende Leistungen garantierenden Infrastrukturen - oberhalb der Ebene der Sozialhilfe - ist weder politisch noch ökonomisch durchsetzbar. Eine Übertragung des derzeit eine gewisse Renaissance erlebenden skandinavischen Modells auf Deutschland ist so nicht möglich. Auch neoliberale Sozialpolitikansätze, die auf eine weitreichende Deregulierung und Rücknahme individueller Rechtsansprüche, verbunden mit der Einführung von Marktsteuerung, einhergehen, werden dem mit der Pflegepolitik verbundenen Gestaltungsauftrag nicht gerecht: Weder gibt es geordnete Pflegemärkte noch in typischer Weise souveräne Kunden.⁵⁶

Während in stabilen Netzwerkkonstellationen die Pflegeversicherung, die mit ihren dort im

⁵⁶ vgl. zu den unterschiedlichen Sozialpolitikansätzen: Kokot, S., (1999)

wesentlichen in Anspruch genommenen Geldleistungen stabilisierend wirkt, eine in hohem Maße positive Resonanz erfährt, gilt dies für andere Netzwerkkonstellationen so nicht. Gleichzeitig nehmen die stabilen Netzwerkkonstellationen in der Zukunft deutlich ab, und es steht zu befürchten, dass sich bei denjenigen, die auch in ihrem persönlichen Rollenkonzept bereit sind, Pflegeaufgaben in jedem Fall innerhalb der Familie zu übernehmen, sich eine große Zahl von sog. "Modernisierungsverlierern" findet, so auch in traditionellen kulturellen und ethnischen Gruppen von MigrantInnen der ersten Generation. Der Anteil der Pflegebedürftigen in stabilen Netzwerkkonstellationen wird weiterhin bedeutsam bleiben, aber zahlenmäßig - wie gezeigt - zurückgehen und auch nicht mehr die ungeteilte Akzeptanz als "faïres" Modell für die Bewältigung von Pflege im gesellschaftlichen Diskurs finden. Zunehmen werden labile Netzwerkkonstellationen, indem berufliche Hilfen eindeutig Bedeutungszuwachs erhalten und indem auch für die Zukunft in hohem Maße Mitverantwortungsressourcen aus den sozialen Netzwerken gegeben sind. Bei den prekären Netzwerkkonstellationen ist der Nutzen der Pflegeversicherungsleistungen im häuslichen Bereich am begrenztsten. Hier wird, insbesondere bei pflegenden Angehörigen mit einem modernen Lebensentwurf, die Bereitschaft unterstützt, eine vollstationäre Versorgungsform anzustreben. Eine Gefährdung der Pflegesituation in prekären Netzwerkkonstellationen ergibt sich zusätzlich prognostisch dann, wenn die Pflegeversicherungsleistungen nicht dynamisiert werden und ihre Kaufkraft sinkt.

In besonderer Weise ist die Pflegeversicherung nicht ausgerichtet auf die größte Gruppe von Pflegebedürftigen, die der Menschen mit Demenz. Auch stabile Netzwerke sind bei schweren Formen der Demenz schnell überfordert, wenn nicht in großem Umfang entlastende Dienste, insbesondere auch teilstationäre, in das Pflegearrangement einbezogen werden. Labile Netzwerkkonstellationen erreichen schnell die Grenze der Verantwortbarkeit von Pflege in einem Einpersonenhaushalt der Pflegebedürftigen. Hier wird nicht selten zu auch rechtlich in hohem Maße bedenklichen Maßnahmen wie Einschluss des Pflegebedürftigen in der eigenen Wohnung oder andere Gefahrenabweidungsmaßnahmen gegriffen. In prekären Netzwerkkonstellationen häufen sich Verwahrlosungs- und Gefährdungserscheinungen von Menschen mit Demenz, die ihren Alltag allein nicht mehr bewältigen können. Die Leistungen der Pflegeversicherung erreichen die Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit nicht, da die verrichtungsbezogene Konzeption der Leistungen an den Bedarfen der Menschen mit Demenz weitgehend vorbeigeht. Gerade für Menschen mit Demenz bedarf es des Ausbaus ambulanter und teilstationärer Hilfen in den Feldern Alltagsgestaltung, Zeitstrukturierung und soziale Begleitung. Es ist dringend auf eine Verzahnung sozialpsychiatrischer Hilfen, gesetzlicher Betreuung und Pflege hinzuwirken. Für stabile Netzwerkkonstellationen kann eine Entlastung auf Zeit von Pflegeaufgaben hilfreich sein, etwa durch laienbasierte Besucherdienste. In labilen Netzwerkkonstellationen kommt den Angeboten der teilstationären besondere Bedeutung zu, so der Tages- und Nachtpflege, die bisher allerdings infrastrukturell nicht hinreichend entwickelt ist. Für prekäre Netzwerkkonstellationen bleiben im wesentlichen stationäre Versorgungsformen, aber auch in ihrer neueren Variante etwa von Wohngruppen.

Option3: Vermeidung von Heimsog-Effekten

Die aufgezeigten Szenarien machen deutlich, daß die Nachfrage nach Pflegeheimplätzen steigt und der Anteil Pflegebedürftiger, die in Heimen versorgt werden, je nach Szenario in unterschiedlicher, aber doch evidenter Weise zunehmen wird. Die Gründe dafür sind die von uns berücksichtigten und angenommenen demographischen und sozialen Entwicklungen, die mit Veränderungen im "Pflegepotential" verbunden sind. Die hierdurch ausgelösten Nachfrageeffekte nach Heimplätzen lassen sich nur in begrenzter Weise vermeiden, da die ambulante Versorgung insbesondere bei den Personengruppen der Pflegebedürftigen mit demenziellen Erkrankungen an ihre Grenzen stößt. Auch unter fachlichen Gesichtspunkten muss in Frage gestellt werden, dass die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen mit schwerer Demenz als Versorgungsoption der stationären vorzuziehen ist. Die starke Gemeinschaftsbezogenheit von Menschen mit Demenz, die Bedeutung eines anregungsreichen Milieus, aber auch die normative Toleranz, die ihnen als die akzeptierende Umgebung wichtig ist, lassen fachlich ausgereifte stationäre Angebote häufig denen häuslicher Pflegearrangements überlegen erscheinen. Jedoch stellen pflegekulturelle Orientierungen und ihnen entsprechende Mentalitäten, die durchaus als beeinflussbar gelten können, einen wichtigen Faktor dar. Eine insbesondere im Szenario 3 angenommene starke Zunahme der Heimplätze würde nicht nur die öffentlichen Ausgaben für die Pflege beeinflussen, insbesondere zu Lasten der Sozialhilfeträger. Eine starke Zunahme von Pflegeheimplätzen und der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Heimen wäre auch unter sozial- und gesellschaftspolitischen Gesichtspunkten nicht wünschenswert. Die Gründe hierfür sind auf unterschiedlichen Ebenen anzusiedeln: Zum einen ist die stationäre Versorgung regelmäßig mit höheren Kosten verbunden, die zu einem starken Anwachsen öffentlicher Aufwendungen, insbesondere zu Lasten der Sozialhilfeträger, führen. Weiterhin erscheinen zumindest klassische Pflegeheime gerade für die wesentliche Zielgruppe der demenzerkrankten Pflegebedürftigen nicht die ideale Versorgungsform darzustellen, insbesondere dann, wenn unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten, Betriebsgrößen beibehalten oder neu geschaffen werden, die eine heutigen Standards entsprechende Versorgung demenzkranker Personen eher behindern. Schließlich müssen Segregationseffekte befürchtet werden, die mit einer verbreiteten Unterbringung von Pflegebedürftigen in Heimen verbunden wären, die die gesellschaftliche Integration Pflegebedürftiger erschwert und sie im übrigen allfälligen Rationierungsgefahren aussetzen. Darüberhinaus sind für die Zukunft, wie dargelegt, erhebliche Rekrutierungsprobleme hinsichtlich geeigneter Pflegefachkräfte und beruflich Pflegenden vorauszusagen, die in verschärfter Weise dann auftreten, wenn die Heimquote in hohem Maße steigt. Die Zahlen über die benötigten beruflich tätigen Pflegekräfte veranschaulichen, welche enormen Rekrutierungsprobleme in der Zukunft entstehen und welche Arbeitsmigrationseffekte allein durch den Pflegesektor verursacht werden. Schon heute befinden sich unter den Altenpflegeschülern ein Gutteil osteuropäischer Staatsbürger oder Aussiedler aus osteuropäischen Ländern. Nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern der Europäischen Union werden vor diesem Hintergrund Anstrengungen

unternommen, Alternativen zur heimmäßigen Versorgung zu entwickeln, allen voran Dänemark. (vgl. Edwardsen, T.O., 1999)

Die Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland hat zunächst nicht zu einem vielfach erwarteten Heimsog-Effekt beigetragen. (Blinkert/Klie, 1999) Inzwischen hat sich jedoch, wie dargestellt, ein deutlicher Trend hinsichtlich der vermehrten Nutzung von Heimplätzen eingestellt. Auch ohne dezidierte Analyse dieses Trends gibt es diesen Trend unterstützende Faktoren in der geltenden Fassung des SGB XI. Durch das 3. SGB XI-Änderungsgesetz vom 05. Juni 1998 (BGBl I 1998 Nr. 33, S. 1229) wurden befristet bis zum 31.12.2001 feste Pauschalbeträge für die pflegebedingten Aufwendungen in den Pflegestufen I bis III festgelegt. Diese sehen für die Pflegestufe I einen Betrag von DM 2.000, für die Pflegestufe II in Höhe von DM 2.500 und in Pflegestufe III in Höhe von DM 2.800 vor. Insbesondere die Pauschalbeträge in Pflegestufe I, aber auch die in Pflegestufe II liegen deutlich höher als die vergleichbaren Leistungen im Rahmen der Häuslichen Pflege: Pflegestufe I: DM 400/750, Pflegestufe II: DM 800/1.800. (§§ 36,37 SGB XI) Insbesondere dort, wo die Pflegesätze insgesamt niedrig liegen, wie etwa in einigen Regionen der neuen Bundesländer, unterstützt durch die hohen Subventionierungen von Investitionskosten im Rahmen des Art. 52 PflegeVG, liegen die ökonomischen Belastungen bei vollstationärer Pflege ggf. unter denen der Häuslichen Pflege. Bei der zunehmenden Bedeutung von Kosten-Nutzen-Abwägungen für Pflegebedürftigkeits- und Versorgungsentscheidungen ist es zumindest plausibel, in dieser Begünstigung der stationären Versorgung einen Faktor für einen überflüssigen Heimsog-Effekt zu sehen, der sich im Konzept der Pflegeversicherung mit dem deutlich formulierten Vorrang der häuslichen Pflege vor der stationären als Fehlsteuerung qualifizieren läßt. Hier könnte schon kurzfristig mit Auslaufen der befristeten Regelung in § 43 Abs. 5 SGB XI eine Korrektur vorgenommen werden, zumindest könnte bei einer Dynamisierung der Pflegekassenleistungen darauf verzichtet werden, die Pauschalbeträge der Pflegestufen I und II anzuheben. Eine ähnliche Fehlsteuerung liegt in der in einigen Bundesländern lediglich für den stationären Bereich vorgesehenen Subventionierung der Investitionskosten.⁵⁷ Es soll hier nicht auf die Problematik der Objektsteuerung eingegangen werden. (vgl. hierzu: Klie/Schmidt, 2000) Mit einem deutlichen Plädoyer für die Subjektförderung soll lediglich darauf verwiesen werden, daß in einer Reihe von Bundesländern angesichts fehlender Investitionsförderung im ambulanten Sektor Zuzahlungen für Sachleistungen der Häuslichen Pflege gem. § 36 SGB XI geschuldet werden, die zu einer zusätzlichen Einschränkung des haushaltsökonomischen Spielraumes führen und zumindest nicht dazu geeignet sind, den Vorrang ambulant vor stationär zu unterstützen. Auch eine fehlende Infrastruktur mit Unterstützungsmanagement im ambulanten Sektor und das Fehlen komplementärer Hilfen und Dienste ist als Faktor für in der Sache überflüssige Pflegebedürftigkeitsentscheidungen zugunsten des Heimes zu qualifizieren.

⁵⁷ vgl. zu den Landespflegegesetzen: Klie, T.; /Pfundstein, T, (1999)

Bei allen Bemühungen, den Heimsog-Effekt zu begrenzen, kann nicht in Abrede gestellt werden, daß heute und in zunehmendem Maße in der Zukunft stationäre Versorgungsformen, insbesondere für schwer demenzkranke Pflegebedürftige erforderlich sind und sein werden. Eine einseitige, z. T. ideologische Idealisierung und Bevorzugung häuslicher Pflegearrangements stellt sich als eine mitunter gefährliche Romantisierung häuslicher Versorgungssituationen dar. Die Häusliche Pflege, insbesondere in kleinen Haushalten, gefährdet potentiell sowohl die Pflegenden als auch die Pflegebedürftigen, wenn es nicht gelingt, systematisch entlastende Angebote und teilstationäre Versorgungsformen in das Pflegearrangement zu integrieren.⁵⁸ Die Förderung und Unterstützung alternativer Heimkonzepte, die Klein- und Wohngruppenansätzen folgend, systematisch die Einbeziehung von Angehörigen und bürgerschaftlich Engagierten vorsehen, könnte bestimmten Gefahren, die mit einer stärkeren Nachfrage nach stationären Versorgungsangeboten einhergehen, abmildern. Dies würde aber eine z. T. nicht unerhebliche Umorientierung in der rechtlichen und ökonomischen Steuerung des stationären Sektors erfordern, die bisher größere Einrichtungen begünstigt, da diese eher in der Lage sind, die immer ausgreifenderen formellen Anforderungen an den Betrieb, die auf Großbetriebe zugeschnittenen Qualitätsstandards und -verfahren und Parameter für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einzuhalten bzw. zu erfüllen. Sowohl heimrechtliche als auch sozialleistungsrechtliche Steuerung bedürften der grundlegenden Revision hinsichtlich ihrer Innovationen und Alternativen ermöglichenden Regulierungen. Die programmatische, aber in der Implementation der Pflegeversicherung kaum beherzigte Vorschrift des § 8 SGB XI enthält einen derartigen expliziten Innovationsauftrag in der realistischen Vorwegnahme zukünftiger Herausforderungen, die auf die Sicherung der Pflege zukommen.⁵⁹ Die strikte Trennung zwischen stationären und ambulanten Versorgungsformen in der Pflege, sowohl provoziert durch das Heimgesetz als auch durch die unterschiedlichen Finanzierungskonzepte im ambulanten und vollstationären Sektor behindern eine wünschenswerte Infrastrukturentwicklung in der angestrebten Richtung und unterstützen Mißstände in den Heimen und die vermehrte Nachfrage nach Pflegeheimplätzen. Die früher diagnostizierte Abschreckungsfunktion von Skandalmeldungen über Heime hinsichtlich einer vermehrten Inanspruchnahme von Heimplätzen wirkt offenbar nur noch eingeschränkt - wenn überhaupt.

Alle Prognosen weisen darauf hin, dass in der Zukunft mit einer deutlichen Zunahme von vollstationärer Versorgung Pflegebedürftiger zu rechnen ist. Es wird darauf ankommen, die vollstationären Einrichtungen fachlich und konzeptionell so weiterzuentwickeln, dass sie nicht als Institution der Ausgrenzung dastehen, sondern als Orte gemeinsamer Verantwortungsübernahme. Der Zugang zu vollstationären Einrichtungen ließe sich in der Zukunft stärker steuern, so dass Fehlbelegungen, die es auch heute noch in begrenztem Umfang bei "Neu-Fällen" gibt, vermieden werden.

⁵⁸ vgl. zu dieser Problematik: Jansen, B; Klie, T., (1999)

⁵⁹ vgl. hierzu m. w. N.: Klie, § 8 Rz. 7. In: Klie, T.; Krahmer, U. (1999), Lehr- und Praxiskommentar LPK SGB XI, S. 70

Option 4: Flexibilisierung und (partielle) Deregulierung des ambulanten Sektors

Eine Pflegepolitik, die die Familienpflege im weiten Verständnis stützen will, den Vorrang der häuslichen Pflege vor der stationären weiterhin verfolgt und sich sowohl der Qualität der Pflege als auch der Entlastung von pflegenden Angehörigen verpflichtet sieht, wird in den ambulanten Sektor investieren müssen. Die hier vorfindlichen Pflegearrangements unterscheiden sich voneinander jedoch in erheblichem Maße. Der jeweilige Gesundheitszustand und Pflegebedarf ist ein anderer, die Haushaltsgröße unterscheidet sich, die Wertvorstellungen und Familiendynamiken, die haushaltsökonomischen Rahmenbedingungen, der Bildungsstand, die Integration in das Gemeinwesen und in Nachbarschaften etc. lassen die Pflegearrangements in vielfältiger Hinsicht als bunt erscheinen. Dieser Variabilität der Pflegearrangements wird die Pflegeversicherung in ihrem Leistungskonzept nicht gerecht. Häufig kritisiert wird die verrichtungsbezogene Konstruktion des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowohl im SGB XI als auch im BSHG. Diese führt zur selektiven Anerkennung von Pflegebedarfen und benachteiligt potentiell pflegebedürftige Kinder, psychisch Kranke und den großen Kreis der Pflegebedürftigen mit Demenzerkrankungen. Die Vorschriften der §§ 14 ff. SGB XI dienen ihrerseits jedoch i.w. einer gerichtsfesten, Art. 3 GG genügenden und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität verpflichteten Verteilung der begrenzten Mittel der Pflegeversicherung. Die Pflegeversicherung wurde von vornherein als "Teilleistung für Teilbedarfe" konzipiert und scheint in dieser Konstruktion auch angemessen zu sein. Es wird niemals gelingen, den gesamten Pflegebedarf über Sozialleistungen auf dem Niveau der Sozialversicherung zu finanzieren. Im Pflegebedürftigkeitskonzept lassen sich aber durchaus Korrekturen vorstellen, wie sie aktuell auch für den Bereich der Demenzkranke erwogen werden. An einer begrenzten Anerkennungsfähigkeit von Pflegebedarfen als Grundlage für Leistungen der Pflegeversicherung wird dies jedoch nichts ändern. Die Selektivität des Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist dem Konzept der Pflegeversicherung inhärent. (Igl, 1995) Nicht notwendig ist jedoch die starke zentralistische Determination von Leistungsinhalten und Leistungsformen, die die Pflegeversicherung insbesondere im ambulanten, aber auch im stationären Bereich vorsieht. Hier begibt sich die Pflegeversicherung der Chance, mit bedarfsgerechten Leistungsangeboten flexibel auf die unterschiedlichen Pflegearrangements zu reagieren. Es wird vielmehr eine durch die Vorgaben von Qualitätsstandards verstärkte Steuerung bis in die Details der Leistungserbringung vorgenommen. Dieses Leistungskonzept der Pflegeversicherung führt schon jetzt, aber insbesondere in der Zukunft, zur Ziel- und Bedarfsverfehlung, etwa, wenn in einem Haushalt die in § 36 SGB XI vorgesehenen professionellen Hilfen nicht gefragt sind, da sie von Angehörigen übernommen werden, andere pflegerische Hilfen aber zur Entlastung geboten wären, aber nicht erbracht werden können. Die starke Reglementierung und Verregelung bei der Wahl von Sachleistungen führt auch zu einer hochproblematischen Verengung und Verkürzung des Pflegebegriffes, in dem sozial kommunikative, alltagsstrukturierende und kontextbezogene Hilfen aus dem Blick geraten und allein Angehörigen, tertiären Netzen oder "grauen" Märkten

überlassen bleiben. Die Pflegeversicherung wurde auf der Folie der Krankenversicherung entwickelt. Aus der Krankenversicherung wurde das Sachleistungsprinzip übernommen, mit einer starken Reglementierung, die im Unterschied zur Krankenversicherung nicht professionell, sondern bürokratisch gesteuert wird. Dieser hohe Reglementierungsgrad im ambulanten Sektor provoziert heute schon zahlreiche Umgehungsversuche des geltenden Sozialleistungsrechtes in kollusivem Zusammenwirken von Leistungserbringern und Leistungsberechtigten und wird dies in der Zukunft, bei prekärer werdenden Pflegekonstellationen noch mehr als bisher tun. Die hohe Reglementierung der Sachleistungen in der Häuslichen Pflege stellt sich faktisch auch als Mißtrauen gegenüber den Pflegehaushalten und den Pflegediensten dar und senkt insbesondere die Souveränität der Pflegebedürftigen in hohem Maße ab. Angesichts der von vornherein stark begrenzten professionellen Hilfen der Pflegeversicherung im ambulanten Sektor, die immer nur einen äußerst limitierten Beitrag zur Sicherung der Pflege in quantitativer und qualitativer Hinsicht zu leisten in der Lage ist, erscheint diese starke Reglementierung unangemessen und senkt die Attraktivität häuslicher Versorgungsformen und begrenzt ihre Leistungsfähigkeit. Im Kontrast zu der starken Reglementierung der Sachleistungen besteht eine weitgehend freie Verfügbarkeit über die Geldleistungen gem. § 37 SGB XI, die immer noch und wohl auch in der Zukunft bevorzugt in Anspruch genommen werden. Hier beschränkt sich die Pflegeversicherung auf begleitende und kontrollierende Pflegeeinsätze zur Sicherung der Qualität in der Pflege. (§ 37, Abs. 3, SGB XI)⁶⁰

Wenn es gelingen soll, sich differenzierende Pflegearrangements in der Häuslichen Pflege in den Leistungen der Pflegeversicherung und anderen sozialstaatlichen Unterstützungsformen zu stabilisieren und zu fördern, erscheint die Flexibilisierung der Sachleistungen geboten. So könnte, supervidiert und evaluiert durch eine pflegearrangementbezogene Pflegeprozeßplanung, ein breites Spektrum von potenziellen Unterstützungsleistungen im Kontext der Pflegebedürftigkeit angeboten und ermöglicht werden. Eine derartige Flexibilisierung der Sachleistungen würde erhebliche Auswirkungen auf den Pflegemarkt haben, der sich stärker an Bedarfen und an der Nachfrage der Pflegebedürftigen und ihrer Haushalte orientieren könnte, statt einer starken Orientierung an den vorgesehenen Leistungskomplexen und verrichtungsbezogenen Hilfen. Entsprechende Maßnahmen könnten zu einer höheren Attraktivität der Sachleistungen führen und damit auch zu einer stärkeren Beanspruchung, was unter fiskalischen Gesichtspunkten zu einer stärkeren Belastung der Pflegekassen auf der Ausgabenseite führen würde. Andererseits könnte damit der Trend zu gemischten Pflegearrangements, d.h. der Beteiligung von Angehörigen, Freunden und beruflich Pflegenden verstärkt werden, was zu einer Stabilisierung und auch zur Sicherung der Qualität in den Pflegearrangements entscheidend beiträgt.

⁶⁰ Für begrenzte Zielgruppen, etwa für die Pflegebedürftigen mit Demenzerkrankung, würde eine Flexibilisierung der Sachleistungen im Rahmen derzeit in der Diskussion befindlichen Experimentiernorm im SGB XI erprobt werden. Zu entsprechenden Vorschlägen vgl.: Klie, T.; Schmidt, R. (2000, S. 46 f.)

Eine weitergehende pflegepolitische Option liegt in der Einführung personenbezogener Budgets, wie sie aus dem Ausland ebenso bekannt sind wie im Bereich der Behindertenhilfe in Deutschland auf der Grundlage des BSHG. Personenbezogene Budgets anstelle von Sachleistungen versetzen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in die Lage, mit hoher Souveränität über die sozialstaatlichen Mittel zu verfügen, sie zu kombinieren mit anderen Sozialleistungen, etwa der Sozialhilfe, und ihren eigenen Mitteln im Rahmen ihrer haushaltsökonomischen Ressourcen. Personenbezogene Budgets werden insbesondere in der Behindertenhilfe diskutiert.⁶¹ Auch in der aktuellen Diskussion um ein SGB IX wird das personenbezogene Budget favorisiert. In Rheinland-Pfalz wurde ein entsprechendes Modellprojekt durchgeführt.⁶² Personenbezogene Pflegebudgets machen die ambulante Versorgung deutlich attraktiver, begegnen gleichzeitig jedoch Bedenken. So sind moral hazard-Effekte zu befürchten, können Qualitätseinbußen mit einem frei verfügbaren Pflegebudget verbunden sein, besteht die Gefahr eines heute schon in nennenswertem Umfang beobachtbaren, durch entsprechende Rahmenbedingungen aber stark unterstützten Trends zur Schwarzarbeit im Pflegesektor. Angesichts dieser Bedenken scheidet von vornherein aus, unkontrolliert Pflegebudgets zur Verfügung zu stellen. Pflegebudgets entfalten nur dann die erwünschten Effekte einer flexiblen, qualitätsgesicherten und integrierten Versorgung Pflegebedürftiger, wenn sie mit Hilfe und unter Supervision Professioneller ausgegeben und eingesetzt werden. Unter fiskalischen Gesichtspunkten könnte die Einführung von Pflegebudgets etwa auf der Höhe der bisherigen Sachleistungen des § 36 SGB XI zu einer deutlichen Ausgabensteigerung führen, allerdings dazu beitragen, daß der Heimsog-Effekt begrenzt wird. Zumindest für die Gruppen, für die die Pflegeversicherung in anerkannter Weise unter den heutigen Bedingungen in ihrem Leistungskonzept nicht angemessen ist, so für die Gruppe geistig Behinderter, für die Gruppe psychisch Kranker und die große Gruppe von Menschen mit Demenz, sollte die Einführung und Erprobung von Pflegebudgets dringend geprüft werden. Hier wären die zusätzlichen Ausgaben kalkulierbar und könnten Erfahrungen gesammelt werden, die im Rahmen allfälliger Leistungsdynamisierungen zu einer breiteren Einführung von Pflegebudgets genutzt werden könnten. (Klie, T.; Spermann, A., 2000)

Personenbezogene Pflegebudgets und eine Deregulierung des Leistungsrechts für die häusliche Pflege scheinen zunächst interessant für moderne Pflgementalitäten, die die Gestaltung der Pflegearrangements als eine Herausforderung begreifen. Voraussetzung sind keine oder wenige Restriktionen, eine Offenheit für einen Pflegemix und ebenso eine Bereitschaft, sich beraten zu lassen. Die Nutzer von Pflegebudgets würden zu einer Art Avantgarde der Pflegenden und Pflegebedürftigen gehören. Fachlich sind die personenbezogenen Budgets für im Sinne des § 14 SGB XI untypische Pflegebedarfe interessant, so insbesondere für Menschen mit Demenz,

⁶¹ vgl. O.V. (2000), das persönliche Budget für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Fachdienst der Lebenshilfe 1/2000, Seite 1 - 16

⁶² Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hg.) (1999), Selbst bestimmen, Hilfe nach Maß für Behinderte, Zwischenbericht des Forschungsinstituts für Wirtschaftspolitik, Mainz

psychisch kranke Pflegebedürftige, geistig und körperlich behinderte Menschen. Hier könnten mit Hilfe von personenbezogenen Budgets auch neue Konzepte, etwa die ambulante Finanzierung von Wohngruppen und Wohngemeinschaften, ermöglicht werden, was bisher nur auf Schleichwegen geschieht. Insgesamt wäre zu erwarten, dass bis in stabile Netzwerkkonstellationen hinein eine Deregulierung der Leistungen in der häuslichen Pflege Pflegearrangements qualifizieren hilft und die Schwellen gegenüber der Inanspruchnahme professioneller und beruflicher Hilfe absenkt. Dabei dürfte netzwerk- und milieuabhängig mit unterschiedlichen Nutzungsvarianten zu rechnen sein: dort der begrenzte Zukauf von professionellen Pflegekräften einer Sozialstation, da die Nutzung des Budgets oder Leistungen der Pflegeversicherung für weiche und soziale Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit, und hier, etwa bei prekären Netzwerkkonstellationen, die Inanspruchnahme vollständig anderer Dienstleistungsangebote auf dem Pflegesektor, etwa mit ambulanter Rund-um-die-Uhr-Betreuung, wie sie schon jetzt bundesweit angeboten wird.

Option 5: Bildungsoffensive

In allen Szenarien wurde der Bedeutungszuwachs beruflicher Pflege sichtbar, wobei z. T. erhebliche Unterschiede, was den zu erwartenden Bedarf an beruflichen Pflegekräften anbelangt, zwischen den unterschiedlichen Szenarien aufgezeigt werden konnten. In jedem Fall ist davon auszugehen, daß sich der Bedarf an beruflich Pflegenden deutlich erhöhen wird. Nimmt man hinzu, daß mit recht hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, daß die Zivildienstleistenden entweder in ihrer Zahl deutlich zurückgehen oder aber ganz wegfallen, muß sogar davon ausgegangen werden, daß sich der Bedarf an beruflich Pflegenden bis zum Jahr 2050 verdoppeln wird. Schon heute wird sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich von z. T. erheblichen Rekrutierungsproblemen berichtet. Aus großstädtischen Regionen, wie München, heißt es, daß in der ambulanten Versorgung von Menschen mit Behinderungen zeitintensives Pflegen nur noch unter systematischer Einbeziehung von Schwarzarbeit gelingt, und dies mit stillschweigender Billigung der Finanzbehörden.⁶³ Will man einem folgenreichen Engpass auf dem Arbeitsmarkt in der Zukunft begegnen, so ist eine Bildungsoffensive für pflegenaher Berufsgruppen gefragt. (Robert Bosch Stiftung, 2000) Dazu gehört ein europäisch abgestimmtes differenziertes Bildungskonzept, ein breiter Berufsgruppenansatz, der sich nicht nur auf die im engeren Sinne fachpflegerische Ausbildung bezieht, sondern insbesondere auch fachhauswirtschafts- und andere hauswirtschaftliche Berufsausbildungen sowie Berufe der Sozialen Arbeit einbezieht - mit entsprechender Qualifikation für Arbeitsfelder im Kontext der Pflege, eine Profilierung und Qualifizierung von Fachpflegekräften mit Steuerungs- und Managementfunktionen, wie sie derzeit schon in Pflegestudiengängen vermittelt werden.⁶⁴ Die

⁶³ vgl. etwa den Bericht in der Süddeutschen Zeitung vom 07.04.2000

⁶⁴ Wobei die Ausbildungsgänge sich nicht nur auf Managementfunktionen im klassischen Sinne beschränken dürfen, wie etwa Heimleitung oder Leitung einer Sozialstation, sondern sich gerade auch auf care

Eröffnung von Teilzeitarbeit, flexible Arbeitszeitkonzepte, Wiedereinstiegsoptionen und breite Qualifizierungsmöglichkeiten für bisher Ungelernte im Feld der Pflege gehören zu einer Bildungsoffensive ebenso wie die Anhebung der Attraktivität pflegenaher Tätigkeiten. Ohne Anwerbung von ausländischen Pflegekräften wird der Bedarf an Pflegepersonal in Deutschland in der Zukunft kaum zu decken sein, wenngleich hier auch auf negative Auswirkungen in den Anwerbeländern Rücksicht zu nehmen ist. Schließlich gehören zu einem Bildungskonzept auch Maßnahmen, die geeignet sind, die bisherigen Zivildienstleistenden durch Freiwillige im Sozialen Jahr zu ersetzen. Schon heute werden Zivildienstleistende entgegen dem Auftrag im Kernbereich der Pflege eingesetzt. Ihr Wegfall wird eine erhebliche Sicherungslücke aufwerfen, die in begrenztem Umfang durch Freiwillige im Sozialen Jahr und durch Rahmenbedingungen wie im Freiwilligengesetz vorgesehen ersetzt werden können. Unter dem Gesichtspunkt einer Bildungsoffensive sind die Sozialisationswirkungen und ist die Beeinflussung von Berufsentscheidungen durch Erfahrungen im freiwilligen Engagement (oder im Zivildienst) nicht zu unterschätzen. Breite Erfahrungen im Freiwilligensektor im Feld der Pflege kann die Bildungsbeteiligungsquote an pflegenahen Berufsfeldern erhöhen. Ein Bildungskonzept für die Pflege wird auch akzeptierend mit einer zeitlich begrenzten Berufstätigkeit im Feld der Pflege umgehen müssen. Die Attraktivität des Arbeitsfeldes bedarf der systematischen Stärkung. Eine Pflegepolitik, die in der öffentlichen Wahrnehmung im wesentlichen auf Mißstände reagiert, sich als von fiskalischen Interessen determiniert darstellt, wird die Attraktivität des Arbeitsfeldes nicht erhöhen. Es sollte gelingen, das Feld der Pflege als einen interessanten Wachstumsmarkt zu kommunizieren, in dem nicht Mangel und Mißstände verwaltet werden, sondern in dem die Gestaltung einer gesellschaftlichen Aufgabe mit hohem Herausforderungsgehalt gelingen kann.

Option 6: Stärkung des tertiären Sektors⁶⁵

Die Bedeutung des tertiären Sektors in all seiner begrifflichen Unschärfe wird allenthalben anerkannt, nicht nur im Internationalen Jahr der Freiwilligen, sondern z. B. auch durch die Einsetzung einer Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zum Bürgerschaftlichen Engagement. Der Sozialstaat baut, und dies auch und gerade in der Pflege, in seiner Funktionsfähigkeit auf tragfähige Solidaritätskulturen, sowohl im informellen Sektor, innerhalb von Familie und Freundschaft, als auch im tertiären Sektor, im Feld der Ehrenamtlichkeit, des freiwilligen und bürgerschaftlichen Engagements. Gerade der Bereich der Pflege ist ein Feld, das von Wohlfahrtsmixturen lebt, d. h. dem Ineinandergreifen von informeller und professioneller Pflege, von marktgängigen Dienstleistungen und staatlich garantierten Solidarleistungen. (Evers,

management- und Assessmentfunktionen erstrecken müssen.

⁶⁵ Wir beziehen uns hier auf folgende Einteilung: "primärer Sektor" = Hilfe und Unterstützung durch primäre Netzwerke und informelle Hilfe (Familie, Freunde, Nachbarn); "sekundärer Sektor" = beruflich organisierte Hilfesysteme; "tertiärer Sektor" = Hilfe im Bereich zwischen Markt und Staat, insbesondere ehrenamtlich organisierte Hilfe, auf der Basis von bürgerschaftlichem Engagement.

Stretlik, 1993) Mit der Abnahme der Leistungsfähigkeit des informellen Sektors, der Familien und Freundschaften, gewinnt der tertiäre Sektor an Bedeutung. Nur er kann zumindest teilweise den Rückgang von Hilferessourcen im informellen Sektor kompensieren helfen. Seine Stärkung und sein Ausbau ist auch Voraussetzung für die Finanzierbarkeit des Pflegesystems.⁶⁶ Im Bereich der Pflege gibt es einerseits traditionale Formen ehrenamtlicher und freiwilliger Tätigkeit im tertiären Sektor. In besonderer Weise sind hierzu zu zählen die Nachbarschaftshilfeorganisationen, in denen auf der Basis von "Aufwandsentschädigungen" oder geringfügiger Entlohnung im wesentlichen hauswirtschaftliche Hilfen übernommen werden, zu denen aber auch einfache pflegerische Verrichtungen gehören. Sie befinden sich zumeist in der Hand von Wohlfahrtsverbänden, die komplementär zu den "harten" Pflegeleistungen Nachbarschaftshilfe anbieten. Als "traditionell" zu bezeichnen sind weiterhin im Kern ehrenamtlich durchgeführte Besuchsdienste, sowohl in Privatwohnungen als auch in Heimen und Krankenhäusern, die sich die psychosoziale Begleitung von Pflegebedürftigen und älteren Menschen zur Aufgabe gestellt haben. Im tertiären Sektor erfolgen häufig auch wichtige Innovationen, wie dies beispielsweise für die Hospizbewegung gesagt werden kann. (vgl. Student, C. 2000) Hier finden sich in großer Zahl Menschen bereit, Sterbende zu begleiten und eine neue Philosophie der Begleitung Sterbender in die Institutionen hineinzutragen und dort zu etablieren. Sie zeigen überdies auf, wo auch die Grenzen erwartbarer beruflicher Dienstleistungen liegen können und wo die Leistungsfähigkeit des tertiären Sektors in besonderer Weise gefragt ist. Von besonderem Interesse im Zusammenhang mit der Sicherung der Pflege sind von vornherein auf einen Hilfe- und Pflegemix hin angelegte Formen ehrenamtlichen und bürgerschaftlichen Engagements. Hier lassen sich Erfahrungen berichten aus dem Bereich der Tagespflege (vgl. Steiner-Hummel, I., 1999) In diesem Bereich basiert, ähnlich wie in Kindergärten und -läden, die Stabilität des Konzeptes auf der Leistungsbereitschaft und der Fähigkeit bürgerschaftlich Engagierter als wesentliche Faktoren im Betrieb der Tagespflege. Die bürgerschaftlich Engagierten minimieren überdies die Nutzungsbarrieren, halten die Kosten in Grenzen und führen so zur lokalen und regionalen Etablierung neuartiger Angebote, die als rein betriebswirtschaftlich und professionell konzipierte Einrichtungen häufig unter erheblichen Schwierigkeiten leiden und scheitern. Ähnliche Konzepte finden sich im Bereich des Betreuten Wohnens, in dem bürgerschaftlich Engagierte Betreuungsaufgaben verpflichtend übernehmen - häufig als eine Fortsetzung inzwischen obsolet gewordener Krankenpflegevereine, die vor Geltung der Pflegeversicherung u. a. dazu dienten, Personalkostensubventionen für Gemeindekrankenpflegeaufgaben bereitzustellen. Der tertiäre Sektor ist vielfältig und inhomogen. Er erweist sich nicht nur in unmittelbaren Unterstützungsleistungen als wichtiger Beitrag zur Sicherung der Pflege, sondern auch dort, wo Menschen sich engagieren, sich für die Rechte pflegebedürftiger und behinderter Menschen einsetzen, sei es als ehrenamtliche Betreuer, als Seniorenbeiräte, als Initiativgruppe zur Aufdeckung von Mißständen in Heimen, in Selbsthilfegruppen und vielem mehr.

⁶⁶ vgl. ausf. zum Wohlfahrtspluralismus und seiner Bedeutung für die Pflege: Evers, A.; Olk, T. (1996)

Dem „dritten Sektor“, den intermediären Instanzen, aber auch speziell den Volunteers, wird aktuell hohe Aufmerksamkeit geschenkt. Erwartungen, die sich an die Leistungsfähigkeit dieses Sektors richten, sind sehr unterschiedlich und werden sehr unterschiedlich kommentiert: da als sozialromantische Utopie abgetan, dort als Voraussetzung für moderne Solidaritätsformen propagiert und mit Beispielen illustriert. In jedem Fall bedarf die Stärkung des „dritten Sektors“ professioneller Gestaltung, Begleitung und Pflege. Sie ist keineswegs zum Nulltarif zu haben, als Substitution für berufliche Pflege und staatliche Sozialleistungen. Die Wirkungen von Hilfen aus dem Volunteer-Bereich, aber auch ihre Formen, sie unterscheiden sich in hohem Maße; sie sind sowohl milieu- als auch netzwerkabhängig. In stabilen Netzwerkkonstellationen finden wir traditionelle Formen der innerfamiliären und nachbarschaftlichen Solidarität und häufig ausgeprägte soziale Kontakte im Milieu oder bei bestimmten Ethnien. Hier, in stabilen Netzwerkkonstellationen und ihren spezifischen Gefährdungen, kommt den Freiwilligen sowohl eine Entlastungsfunktion als auch eine Art soziale Kontrollfunktion zu. In labilen Netzwerkkonstellationen kann es gelingen, diese in einen Pflegemix einzubeziehen mit einer immanenten Selbstorganisationsstruktur. Tagespflege in Selbstorganisation von Engagierten und Angehörigen, Hospizgruppen und die Sterbebegleitung durch Freiwillige können gerade hier wichtige Funktionen übernehmen. Die besondere Herausforderung für den Voluntary-Bereich liegt in den prekären Netzwerkkonstellationen, in denen es darum geht, die Solidarität gegenüber „Fremden“ erwartbar zu machen und ggf. ein Weiterleben im Haushalt, professionell gesteuert unter Zuhilfenahme von Freiwilligen, zu ermöglichen. Gerade hierin, in solchen Solidaritätsformen, könnte sich eine angepasste Kultur des Sozialen im Feld der Pflege bewähren und entwickeln, die mitreflektiert, dass individualisierte Lebensformen und die verbreitete Isolation von Pflegebedürftigen einer besonderen Integrationskultur und spezifischer Solidaritätsformen bedarf.

Der tertiäre Sektor bedarf Rahmenbedingungen und der Stärkung und Förderung. Er entwickelt sich nicht selbstläufig und unterliegt seinerseits einem erheblichen Wandel, der sich ausdrückt in Vokabeln wie „neues Ehrenamt“ oder eben dem vieldeutigen Begriff „Bürgerschaftliches Engagement“.⁶⁷ Die Förderung und Ermöglichung freiwilligen Engagements ist auf der einen Seite eine Art Domäne der Freien Wohlfahrtspflege, die hieraus auch ihre besondere Legitimation zieht. (Klie, T., 2000) Andererseits wird die Förderung Bürgerschaftlichen Engagements bei zunehmender Pluralisierung und Differenzierung der Gesellschaft aber auch immer mehr zu einer Gestaltungsaufgabe auf kommunaler Ebene und für die Kommunen.⁶⁸ Bei einer staatlichen Pflegepolitik wird darauf zu achten sein, daß die rechtlichen Rahmenbedingungen die Einbeziehung des tertiären Sektors nicht behindern und gleichzeitig Verlässlichkeit für ihn

⁶⁷ vgl. hierzu die Jahresberichte des Sozialministeriums Baden-Württemberg zur Förderung Bürgerschaftlichen Engagements in Baden-Württemberg

⁶⁸ vgl. hierzu: Arbeitsgemeinschaft Bürgerschaftliches Engagement Baden-Württemberg (1999), Wege zur Bürgergesellschaft, Stuttgart/Freiburg

schaffen. So sollten sozialrechtliche Regulierungen die Einbeziehung von bürgerschaftlich Engagierten auch in die Leistungserbringung in Pflegekontexten und ihre Gratifikation erlauben, die Kompetenzprofile der an der Pflege beteiligten Berufsgruppen die Zusammenarbeit mit und die Förderung von bürgerschaftlich Engagierten aufnehmen, die Förder- und Schulungsmaßnahmen sich nicht nur an Angehörige, sondern insgesamt an Freiwillige richten, in den Konzepten der Qualitätssicherung freiwilliges Engagement berücksichtigt und in die Qualitätssicherungskonzepte mit einbezogen werden. Freiwillig und bürgerschaftlich Engagierte für "harte" Pflegeleistungen einzuplanen, verbietet sich in Deutschland schon unter kulturellen Gesichtspunkten; gleichwohl zeigt sich in der Praxis, daß auch dieses geschieht und unter bestimmten Bedingungen möglich ist. Für den in hohem Maße qualitätsrelevanten und für die Sicherung der Pflege voraussetzenden Bereich der "weichen" Betreuungs- und Pflegeleistungen ist der tertiäre Sektor und das Bürgerschaftliche Engagement aber essentiell. Die starke betriebswirtschaftliche Orientierung und Ökonomisierung des Pflegesektors behindert eher die systematische Nutzung entsprechender Potentiale. Es fehlt an einer gleichgewichtigen Akzentuierung von Modernisierungsnotwendigkeiten auf der Dimension neuer Kooperations- und Beteiligungsformen in und an der Pflege oder - anders gesagt: Es ist eine betriebswirtschaftliche Orientierung dominant, nicht ein volkswirtschaftliches Denken. Gleichzeitig gilt es interessante, wenn in sich auch nicht widerspruchsfreie Ansätze, sozialleistungsrechtliche Rahmenbedingungen für Institutionen so zu formulieren, daß freiwilliges Engagement zur Voraussetzung für die Zulassung der Einrichtung wird - wie etwa am Beispiel der stationären Hospize geschehen (§ 39a SGB V). Hier liegen interessante Experimentierfelder, die für die Zukunft dazu dienen können, einen der Moderne angepaßten Freiwilligkeitssektor entstehen zu lassen, der in der Zukunft seinen Sicherheitsbeitrag in Pflegekontexten zu erbringen in der Lage ist und zu einem wichtigen Bestandteil einer wertorientierten Pflegekultur werden kann.⁶⁹

Option 7: Aufbau einer case management-Infrastruktur

Die Pflegebedürftigkeitsentscheidungen fallen heute ohne systematische Begleitung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Involviert sind Professionelle, unter denen Hausärzte noch eine große Rolle spielen, der Krankenhaussozialdienst oder kommunale Beratungsinstitutionen. (Pache, M., 1999) Die Beratung durch die Pflegekassen spielt eine

⁶⁹ Hier ist anzumerken, daß diesem Sektor auch im Diskurs über die "Zukunft der Arbeitsgesellschaft" - also unter sehr viel allgemeineren gesellschaftspolitischen Gesichtspunkten - eine hohe Bedeutung beigemessen wird. In diesem Diskurs wird u.a. darüber reflektiert, wie sich der Dualismus von "Arbeitszeit" und "Freizeit" durch eine neue Zeitorganisation überwinden läßt. Dazu gehört neben einer Flexibilisierung der Arbeitszeitorganisation auch die Anerkennung eines Sektors "Bürgerarbeit" und damit eine triadische Zeitorganisation mit Erwerbsarbeit, Eigenarbeit und Bürgerarbeit mit je nach biographischer und sozialer Situation wechselnder Akzentuierung. Vgl. dazu: Beck, U. (1999); Mutz, G., (1997)

untergeordnete Rolle, ebenso der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen. (DAK, 1999) Gleiches gilt für die Begleitung der Pflegebedürftigen und der sie pflegenden Angehörigen im Prozeß der Pflegebedürftigkeit. Auch hier fehlt es bislang an verlässlichen Beratungsinstitutionen, die unabhängig sind und die Pflegebedürftigen im unübersichtlichen Feld der Pflege und in den verschiedenen Phasen der Pflegebedürftigkeit fachkundig begleiten können. Damit gehen erhebliche Effektivitätsverluste einher, es sind Schnittstellenprobleme zu beklagen, die zu erheblichen Qualitätseinbußen in der Pflege führen. (Höhm, U., 1999) Darüber hinaus werden Überlastungssituationen produziert, die zu einem erhöhten Institutionalierungsrisiko beitragen. Die durch die Pflegeversicherung eingeführte begrenzte Marktöffnung im Bereich der Pflege korrespondiert nicht mit einer entsprechenden Marktsouveränität der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, die ohne "Lotsendienst" sich in der unübersichtlichen Pflegelandschaft überwiegend nur schlecht zurechtfinden können. Zum Teil wird dem durch entsprechende kommunale, systemintegrierende Beratungsangebote abgeholfen. Auch gibt es inzwischen in der Bundesrepublik zahlreiche Erfahrungen mit case management-Ansätzen, die als Landesprogramm bisher jedoch nirgendwo bisher Bestand haben konnten, weder in Baden-Württemberg noch in Hessen oder Berlin. (Göpfert-Divier u.a., 1999) Case management-Ansätze im internationalen Vergleich unterscheiden sich z. T. stark voneinander. (vgl. Engel, H.; Engels, D., 1999) Case manager können als Anwalt der Leistungsträger, aber auch als Anwalt der jeweils Betroffenen ihre Rolle wahrnehmen. Das, was für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung durch die case management-Funktion von Hausärzten derzeit Konjunktur hat, stellt eine wesentliche Perspektive für den Pflegesektor dar. Case management-Institutionen, die unabhängig agieren, können die jeweiligen Pflegearrangements flexibel begleiten, in der Lage sein, die Pflege- und Betreuungsprozesse zu steuern und den Mitteleinsatz zu supervisionieren. In ihnen können Assessmentfunktionen, bisher lediglich zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen eines sozialleistungsrechtlichen Verfahrens von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung wahrgenommen, mit Steuerungs- und Evaluationsfunktionen verbunden und zudem systemintegrierende Steuerungen zwischen Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Sozialhilfe- und anderen Leistungsträgern erreicht werden. Hierdurch lassen sich erhebliche Rationalisierungsreserven nutzen, können individuell-lebensweltliche Arrangements stabilisiert und verantwortet werden und kann ansonsten bestehenden Unsicherheitsfaktoren in der Häuslichen Pflege, die zur Abgabe familiärer oder nachbarschaftlicher Verantwortung führen, vorgebeugt werden. Mit Hilfe von case management-Infrastrukturen könnten auch bedarfsangemessenere und die Souveränität der Verbraucher stärkende Leistungsgewährungskonzepte, wie etwa personenbezogene Budgets, verantwortlich implementiert werden, die eine höhere Bedarfsgerechtigkeit versprechen und familiäre Pflege mit professionell und beruflich erbrachter Pflege am ehesten koordinieren können. Im case management-Ansatz äußert sich auch am ehesten ein modernes Professionsverständnis, das sich im wesentlichen auf Steuerungsfunktionen konzentriert und sich nicht in der sonst üblichen Konkurrenz zwischen dem beruflichen Sektor und dem Freiwilligensektor verstricken läßt. Zum

case management gehört die (mit den Pflegebedürftigen und Angehörigen) geteilte Verantwortung für den gesamten Pflegeprozeß und die gesamte Pflegesituation, nicht nur für die jeweils erbrachte Dienstleistung auf einem bestimmten Qualitätsniveau. Hierdurch können Pflegearrangements auch mit einer zunehmenden Beteiligung von nicht ausgebildeten Personen verantwortet werden. Es bietet sich an, Erfahrungen mit dem case management und unterschiedlichen Konzeptansätzen zu sammeln und insbesondere die Integration von Assessmentfunktionen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen mit Steuerungsfunktionen von case management-Instanzen zu erproben. (vgl. Wendt, 1997; Wissert, 1999) Zu Fragen der Trägerschaft und Organisation sowie zum Kompetenzprofil von case management-Institutionen sollen an dieser Stelle keine weiteren Ausführungen gemacht werden. Gleichwohl drängt sich die Perspektive auf, bisher dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen übertragene Assessmentfunktionen mittelfristig auf unabhängige case management-Institutionen zu übertragen, ohne Anbindung an einen Kostenträger. Dies setzt jedoch eine deutliche Professionalisierung des Feldes voraus, die erwartbar und verantwortbar macht, daß diese Institutionen auch für die Geldverteilung bedeutsame Assessmentfunktionen mit zu übernehmen in der Lage sind.

Option 8: Zur neuen Bedeutung kommunaler Alten- und Pflegepolitik

Die skizzierten und entworfenen Szenarien machen deutlich, daß der Sicherheitsbeitrag sozialversicherungsbasierter Pflegeleistungen in der Zukunft noch begrenzter sein wird als heute und seine Begrenzung noch spürbarer dadurch wird, daß der informelle Sektor an Leistungsfähigkeit einbüßt. Auf der kommunalen Ebene wird sich erweisen, ob es gelingt, eine leistungsfähige Verzahnung von begrenzten Sozialleistungen, immer noch in nennenswertem Umfang verbleibende Hilfeleistungen im familiären Bereich, professionelle Hilfen und Hilfen aus dem tertiären Sektor miteinander in synergetischer Weise und zivilisiert miteinander zu verknüpfen. Dabei spielt eine gestaltende kommunale Pflege- und Alterssozialpolitik eine bedeutsame Rolle. Die Gestaltung von Pflegearrangements und die Nachfrageentwicklung im Pflegebereich ist in hohem Maße kultur-, markt- und politikvermittelt und damit eine politisch gestaltbare Größe. (vgl. Evers, A.; Klie, T., 1999) Pflegepolitik darf sich von daher mitnichten beschränken auf Korrekturen und Leistungserweiterungen, soweit sie fiskalisch verantwortbar sind, im Bereich des SGB XI und anderer Sozialleistungen, gefragt ist eine gestaltende Pflegepolitik auf der kommunalen Ebene, flankiert durch Landes- und Bundespolitik. Nach dem verbreiteten Rückzug der Kommunen aus der Verantwortung für die Altenhilfe und die Pflege wäre eine Renaissance kommunaler Alterssozialpolitik zu initiieren, etwa durch das schon seit einigen Legislaturperioden intern diskutierte Altenhilfestrukturegesetz, das den Kommunen Gestaltungs- und Planungsverpflichtungen im Bereich der Pflege auferlegt, zu denen eine umfassende, prozeßorientierte Planungsobliegenheit gehören würde. (vgl. Blaumeiser, H. et al., 2001 i.E.) Die zu erwartenden bzw. zu befürchtenden Mehrausgaben der Kommunen als

Sozialhilfeträger im Zusammenhang mit vermehrter Heimunterbringung könnten die Kommunen in ihrer Doppelfunktion, als Sozialhilfeträger einerseits und gestaltender Akteur in einer kommunalen Alterssozialpolitik andererseits, zu Innovationen führen, wie sie in dieser pflegepolitischen Skizze entwickelt wurden.

3. Zusammenfassung

Gegenstand der vorgelegten Expertise ist die Frage, wie sich in der Zukunft das Verhältnis von familiärer zur professionellen Pflege angesichts des demographischen und sozialen Wandels in unserer Gesellschaft ändern wird und gestalten lässt. Dabei sind auch die Vorstellungen über und die Erscheinungsformen von familiärer und professioneller Hilfe einem Wandel unterworfen und sind diese auch heute in ihrer Bedeutung keineswegs so eindeutig wie häufig vorausgesetzt. In den entwickelten Szenarien wird von einem engeren Begriff der familiären Pflege ausgegangen und unter professioneller Pflege die beruflich erbrachte Pflege verstanden.

Szenarien - Grundlagen und Ergebnisse der Modellrechnungen

1. Auf der Grundlage der Bevölkerungsvorausrechnung und der altersspezifischen Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit ist damit zu rechnen daß die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2040 von derzeit rund 1.8 Millionen auf rund 3 Millionen (2050: 3.5 Millionen) ansteigen wird. Besonders die Zahl der Pflegebedürftigen in den höheren Altersgruppen nimmt stark zu. Der Anteil der 80- bis 90jährigen an den Pflegebedürftigen wird von derzeit 35 % auf 45 % ansteigen (2050: 48 %) und der Anteil der über 90jährigen wird von rund 14 % auf 20 % steigen (2050: 25 %).

2. Auswirkungen demographischer und gesellschaftlicher Veränderungen werden in unseren Szenarien in der folgenden Weise berücksichtigt:

(1) Die zu erwartende Altersumschichtung bei den Pflegebedürftigen wird durch altersspezifische Quoten für Pflegearrangements berücksichtigt und zwar für die folgenden Altersgruppen: Pflegebedürftige unter 60 Jahre, 60 bis 70 Jahre, 70 bis 80 Jahre, 80 bis 90 Jahre und 90 Jahre und älter.

(2) Demographische Entwicklungen als Veränderung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung und sozialer Wandel - insbesondere der zunehmende Anteil von Alleinlebenden in den höheren Altersgruppen und die steigende Erwerbstätigkeit von Frauen - werden über das "informelle Pflegepotential" in den Szenarien berücksichtigt. Auch dafür werden differenzierte Schätzwerte für die o.g. Altersgruppen der Pflegebedürftigen ermittelt, die dann zu einer Kennziffer aggregiert werden, mit der sich die Entwicklung insgesamt beschreiben läßt.

(3) Da Zeitreihen fehlen, um die Effekte von bestimmten Bedingungen mit statistischen Methoden zu schätzen, wurden die Modelle so konzipiert, daß Entwicklungen sich als Unterschiede zum Basisjahr 1998 beschreiben lassen.

3. Für das Basisjahr 1998 gehen wir von den folgenden Eckdaten zur Beschreibung von Pflegearrangements aus:

(1) 30 % der Pflegebedürftigen werden stationär versorgt.

- (2) Von den ambulant Versorgten nehmen rund 35 % berufliche Hilfen in Anspruch.
 (3) Von den in Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen wählen rund 76 % Geldleistungen, 10 % Sachleistungen und 14 % Kombileistungen.

4. Von uns wurden 4 Szenarien konzipiert, um Auswirkungen von demographischen und sozialen Entwicklungen auf die Arrangements von Pflegebedürftigen darzustellen:

Das *Szenario 1* geht von der Annahme aus, daß sich das informelle Pflegepotential im Zeitverlauf nicht verändert und daß die Anteile für verschiedene Pflegearrangements sich allein auf die Veränderung der Alterszusammensetzung von Pflegebedürftigen zurückführen lassen. Unter diesen Bedingungen würden sich allein aufgrund der zu erwartenden Altersumschichtung bei den Pflegebedürftigen die folgenden Eckwerte für Pflegearrangements ergeben:

Tabelle 43:	2000	2020	2040
Anzahl der stationär Versorgten (in 1000)	567	819	1009
Anteil der stationär Versorgten	0.3	0.32	0.32
Anzahl der ambulant Versorgten (in 1000)	1323	1765	2102
davon: Anzahl der Pflegebedürftigen, die berufliche Leistungen in Anspruch nehmen (in 1000)	468	667	817
Anteil der ambulant Versorgten mit Inanspruchnahme beruflicher Leistungen	0.35	0.38	0.39

In *Szenario 2* wird berücksichtigt, daß demographische Entwicklungen und schon jetzt erkennbare Veränderungen im Bereich von Ehe und Familie - Anstieg des Anteils von allein lebenden Pflegebedürftigen - auch das informelle Pflegepotential beeinflussen werden. Nicht berücksichtigt in diesem Szenario ist jedoch die zu erwartende Zunahme der Erwerbsbeteiligung von Frauen. Wenn die Frauenerwerbsquote konstant bleibt - wie in Szenario 2 angenommen - würden sich erst ab 2025 deutlichere Veränderungen in den Anteilen für verschiedene Arrangementstypen ergeben, die sich auf die ab 2025 erwartbare spürbare Verringerung des informellen Pflegepotentials zurückführen lassen.

Die Modellrechnungen zu diesem Szenario führen zu den folgenden Eckwerten:

Tabelle 44:	2000	2020	2040
Anzahl der stationär Versorgten (in 1000)	540	719	1054
Anteil der stationär Versorgten	0.3	0.28	0.34
Anzahl der ambulant Versorgten (in 1000)	1330	1865	2057
davon: Anzahl der Pflegebedürftigen, die berufliche Leistungen in Anspruch nehmen (in 1000)	466	624	824
Anteil der ambulant Versorgten mit Inanspruchnahme beruflicher Leistungen	0.35	0.33	0.4
Anteil der ambulant Versorgten mit labilem/prekären Unterstützungsnetzwerk	0.12	0.14	0.28

Für das *Szenario 3* wird zusätzlich berücksichtigt, daß im Betrachtungszeitraum auch die Erwerbsbeteiligung der Frauen in den für die Übernahme von Pflege Tätigkeiten besonders wichtigen Altersgruppen steigen wird. Dabei gehen wir von der Annahme aus, daß die Frauenerwerbsquote in diesen Altersgruppen bis 2020 steigt und dann auf diesem Niveau bestehen bleibt. Die von uns angenommenen Steigerungsraten sind moderat und liegen in einem Bereich, der auch vom IAB angenommen wird: bei den 30- bis 40jährigen Frauen eine Zunahme von derzeit 79 % auf 87 %, bei den 40- bis 50jährigen von 80 % auf 90 %, in der Altersgruppe 50 bis 60 Jahre eine Steigerung von 63 % auf 71 % und bei den 60- bis 65jährigen von 12 % auf 20 %.

Diese durchaus erwartbare und eher moderate Erhöhung der Erwerbsquoten für Frauen würde erhebliche Auswirkungen auf das informelle Pflegepotential haben, wäre mit einer deutlichen Zunahme des Anteils und der Anzahl der stationär Versorgten verbunden und würde auch zu einer beachtlichen Steigerung der Inanspruchnahme von beruflichen Hilfen führen.

Tabelle 45:	2000	2020	2040
Anzahl der stationär Versorgten (in 1000)	571	851	1220
Anteil der stationär Versorgten	0.3	0.33	0.39
Anzahl der ambulant Versorgten (in 1000)	1319	1733	1891
davon: Anzahl der Pflegebedürftigen, die berufliche Leistungen in Anspruch nehmen (in 1000)	471	687	883
Anteil der ambulant Versorgten mit Inanspruchnahme beruflicher Leistungen	0.36	0.4	0.47
Anteil der ambulant Versorgten mit labilem/prekären Unterstützungsnetzwerk	0.14	0.26	0.38

5. Von diesen drei Szenarien ist Szenario 3 am ehesten den gegenwärtig beobachtbaren Trends des sozialen Wandels angepaßt und dazu geeignet, eine einigermaßen zutreffende Vorstellung über künftige Entwicklungen zu begründen. Allerdings sollten unsere Anmerkungen zur vorsichtigen Interpretation ernst genommen werden:

(1) Die Ergebnisse der Modellrechnungen dürfen nicht als "Prophezeiungen" verstanden werden. Es handelt sich um *bedingte* Prognosen, die sich auf ganz bestimmte Annahmen beziehen - Annahmen über Bedingungen, die sich im Betrachtungszeitraum verändern aber auch über Bedingungen, die konstant bleiben und den Verhältnissen des Basisjahres 1998 entsprechen.

(2) Die auf der Grundlage von Szenario 3 ermittelten Ergebnisse müssen eher als vorsichtige Annahmen über künftige Entwicklungen betrachtet werden, weil durchaus erwartbare gesellschaftliche Veränderungen im Verlauf einer Fortsetzung des Modernisierungsprozesses für die Modellierung nicht berücksichtigt werden konnten. Solche Veränderungen hätten wir nur „freihändig“ und ohne hinreichende Begründung in einem Szenario berücksichtigen können, weil es keinerlei Daten dazu gibt, mit denen sich in einer stringenten Weise der Zusammenhang zu Pflegebereitschaften herstellen ließe.⁷⁰ Unter Berücksichtigung dieser Einschränkung, daß Szenario 3 eher zurückhaltende Annahmen über die Fortsetzung gesellschaftlicher Trends macht, betrachten wir dieses Szenario für die weiteren Überlegungen am ehesten als geeignet.

6. Mit *Szenario 4* versuchen wir zu zeigen, wie sich eine verbesserte Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege auf die Verteilung von Pflegearrangements auswirken könnte. Dabei setzen wir auch voraus, daß sich - angeregt durch die Pflegeversicherung - das Angebot ambulanter Pflegedienste ausweiten und differenzieren wird und auf diese Weise ein bereits jetzt erkennbarer Trend zu gemischten Pflegearrangements größere Bedeutung gewinnt. Vorausgesetzt wird folgendes: Bei der Arbeitsorganisation, insbesondere bei der Arbeitszeitorganisation, mehr Flexibilität und stärkere Berücksichtigung von Pflege Tätigkeiten; bei den Angeboten von unterstützenden ambulanten Diensten: Ausweitung, Differenzierung und Flexibilisierung und Veränderungen in den „pflegekulturellen Orientierungen“, ein zunehmendes Interesse an und eine steigende Bereitschaft zu „gemischten Pflegearrangements“. Diese Effekte sind auch durch Ausweitung und neue Formen informeller Hilfen und des tertiären Sektors möglich.

Unter diesen Bedingungen würden auch moderate Veränderungen der Bereitschaft von Erwerbstätigen, sich an der Pflege zu beteiligen, zu einem erheblichen Anstieg des informellen Pflegepotentials führen mit beträchtlichen Auswirkungen auf die zahlenmäßige Bedeutung von Pflegearrangements:

⁷⁰ Vgl. dazu unseren Anhang 1

Tabelle 46:	2000	2020	2040
Anzahl der stationär Versorgten (in 1000)	543	540	718
Anteil der stationär Versorgten	0.29	0.21	0.23
Anzahl der ambulant Versorgten (in 1000)	1347	2044	2393
davon: Anzahl der Pflegebedürftigen, die berufliche Leistungen in Anspruch nehmen (in 1000)	486	866	1278
Anteil der ambulant Versorgten mit Inanspruchnahme beruflicher Leistungen	0.36	0.42	0.53
Anteil der ambulant Versorgten mit labilem/prekären Unterstützungsnetzwerk	0.15	0.11	0.22

Auch unter den Bedingungen von Szenario 4 würde die Anzahl der stationär Versorgten steigen: von rund 540.000 auf ca. 720.000 bis 2040 (860.000 bis 2050). Die Steigerungsrate wäre jedoch erheblich niedriger als in Szenario 3, was sich auch in einer Verringerung der Heimquote von 30 % auf 23 % (2040) zeigen würde. Unter der Bedingung einer verbesserten Vereinbarkeit von Pflege und Beruf würde sich sogar bis ungefähr 2025 keine wesentliche Veränderung der *Anzahl* der stationär Versorgten gegenüber dem Stand von 1998 ergeben. Erst ab 2030 würden sich demographische und soziale Entwicklungen in einer deutlichen Steigerung der Heimunterbringungen auswirken.

Natürlich ist eine derartige Entwicklung nicht vorhersagbar, weil nicht nur bei den Pflegenden, sondern auch bei den institutionalisierten Akteuren - Politik, Gewerkschaften, Pflegekassen und Anbieter von Pflegeleistungen - Strategie- bzw. Verhaltensänderungen vorausgesetzt werden. Ob es dazu kommt ist ungewiß. Dennoch erscheint es uns sinnvoll, das Szenario 4 mit seinen Annahmen und Ergebnissen zur Diskussion zu stellen, weil sich auf diese Weise eine sehr wichtige pflegepolitische Option begründen läßt, die überdies auch im Kontext einer sehr viel allgemeineren Diskussion über die Zukunft der Arbeitsgesellschaft gesehen werden sollte.

7. Der Bedarf an Pflegefachkräften steigt in allen Szenarien ganz erheblich. Besonders deutliche Steigerungsraten sind zu erwarten, wenn die für das den gegenwärtigen Trends am besten angepaßte Szenario 3 vorausgesetzten Bedingungen eintreten. Unter diesen Bedingungen wäre eine Zunahme des Personalbedarfs von rund 220.000 Vollzeitstellen auf mehr als das doppelte bis 2040 und auf rund 570.000 bis 2050 zu erwarten.

Bemerkenswert ist der deutliche Unterschied im Personalbedarf zwischen Szenario 3 und 4: Wenn es gelingen sollte, die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege zu verbessern, oder andere Formen informeller Hilfe zu entwickeln, würde sich das auch in einem deutlich geringeren Personalbedarf niederschlagen.

Diese Unterschiede werden besonders deutlich, wenn die erwartbaren Veränderungen im Personalbedarf für den stationären und ambulanten Bereich getrennt betrachtet werden.

Während unter den Bedingungen von Szenario 3 der Bedarf an Pflegefachkräften im stationären Bereich von rund 170.000 Vollzeitstellen auf knapp 400.000 bis 2040 anwachsen würde, wäre bei einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflegen - Szenario 4 - nur eine Steigerung des Bedarfs auf rund 230.000 Vollzeitstellen zu erwarten.

Im ambulanten Bereich würde sich erwartungsgemäß eine andere Bedarfsentwicklung abzeichnen. Mit einer hohen Steigerungsrate wäre unter den Bedingungen von Szenario 4 zu rechnen: eine Zunahme von rund 50.000 Stellen auf ca. 130.000 bis 2040 - dagegen nur eine Steigerung auf rund 90.000 unter den Bedingungen von Szenario 3.

Perspektiven - pflegepolitische Optionen

Im Blick auf pflegepolitische Optionen wird zunächst dafür plädiert, in der künftigen sozial- und pflegepolitischen Diskussion von einem weiten Pflegebegriff auszugehen. Auch sollte der Begriff der "Familienpflege" i. S. von informeller Pflege nicht allein auf die engsten und heute typischerweise an der Pflege beteiligten Personen beschränkt werden. Ausgehend von einem weiten Pflegebegriff unterschiedliche Formen informeller Hilfe und an informeller Hilfe Beteiligte systematisch in den Blick zu nehmen. Professionelle Pflege im engeren Sinne wird in einem berufssoziologischen Sinne verstanden und ihr im wesentlichen Steuerungs- und Managementfunktionen zugeordnet, ohne ihre Bedeutung im Pflegeprozeß leugnen zu wollen. Die Formen beruflich erbrachter Pflege werden sich angesichts des hohen Bedarfs an zusätzlichen Pflegekräften erweitern müssen, und dies im Rahmen eines europäisch abgestimmten Berufskonzepts für an der Pflege beteiligte Berufsgruppen. Als Optionen für eine künftige Pflegepolitik werden insbesondere folgende diskutiert:

1. Mit Blick auf die in Szenario 4 herausgearbeitete Bedeutung der *Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege* für den Bedarf an beruflicher Pflege wird in der gezielten Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege eine zentrale Obliegenheit gestaltender Pflegepolitik gesehen. Zu einem Maßnahmenbündel gehören sowohl Maßnahmen der Flexibilisierung der Arbeitszeit und Arbeitsorganisation sowie Erwerbsarbeit ermöglichende Infrastrukturangebote für die Pflegebedürftigen, insbesondere im teilstationären Bereich.

2. *Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*: Die Pflegeversicherung war unter strategischen Gesichtspunkten ein sozialpolitischer Erfolg. Sie ist aber dort besonders wirksam, wo sie auf Verhältnisse stößt, die für die Zukunft nicht mehr zu erwarten sind. Insofern besteht eine weitere Option für eine gestaltende Sozialpolitik, die Pflegeversicherung in ihrem Leistungskonzept weiter zu entwickeln. Dabei wird an dieser Stelle nicht eine Leistungsdynamisierung

thematisiert,⁷¹ sondern vielmehr auf eine Flexibilisierung gesetzt. Die Pflegeversicherung muß in ihren begrenzten Leistungen auch in der Zukunft effektiv sein und gleichzeitig einen Beitrag zur Kulturentwicklung in der Pflege leisten, wenn nicht die Pflegeleistungen selbst in eine folgenreiche Rationierungsdynamik einbezogen werden sollen.

3. Ein wichtiges Ziel einer gestaltenden Pflegepolitik muß in der *Vermeidung von Heimsog-Effekten* liegen, die durch die Pflegeversicherung bisher wenig ausgelöst, durch die geltende Rechtslage aber durchaus befördert werden. Nicht nur unter fiskalischen Gesichtspunkten und mit Blick auf die Problematik der Gewinnung ausreichenden Pflegepersonals gilt es, Heimsog-Effekte zu vermeiden, sondern auch unter qualitativen Gesichtspunkten: Der Segregation pflegebedürftiger Menschen gilt es ebenso vorzubeugen, wie es sicherzustellen gilt, daß angemessene Versorgungsformen gerade für Menschen mit Demenz entwickelt werden, für die die bisherigen stationären Versorgungsformen sich nur als begrenzt adäquat erwiesen haben.

4. Die Pflegeversicherung setzt auf den Vorrang der häuslichen Versorgung, die unter den künftigen demographischen und sozialen Rahmenbedingungen jedoch in Frage gestellt ist, gerade, wenn man nicht den in der Expertise entwickelten optimistischen Szenarien folgt. Dies setzt eine (partielle) *Deregulierung des ambulanten Sektors* voraus. Dabei geht es hier nicht um die Erweiterung des Pflegebegriffes, sondern um die Erweiterung des potentiellen Leistungsspektrums häuslicher Pflegeleistungen und ihrer Erbringungsformen. Ein klassisches, am Modell der Krankenversicherung orientiertes Sachleistungskonzept wird als für die Zukunft nicht tragfähig erachtet und mit seiner fehlenden Flexibilität gegenüber den Lebenswelten Pflegebedürftiger und ihrer Pflegenden als auch kulturell problematisch angesehen. Eine zentrale Perspektive wird nicht nur in Deutschland, sondern in der führenden pflegesozialpolitischen Diskussion in Europa in Pflegebudgets gesehen, die in ihren Steuerungswirkungen dem bisherigen Konzept überlegen sind, jedoch für ihre Einführung bisher nicht vorhandener Voraussetzungen bedürfen. Diese könnten für begrenzte Zielgruppen experimentell erprobt und entwickelt werden.

5. Ohne eine konzertierte *Bildungsoffensive* im Feld der Pflege wird der zukünftige Bedarf an beruflich Pflegenden nicht gedeckt werden können. Eine Bildungsoffensive muß ausgehen von einem europäisch abgestimmten, differenzierten Berufsbildungskonzept, darf sich nicht auf Pflegefachberufe im engeren Sinn beschränken, sondern muß einen breiten Berufsgruppenansatz verfolgen und flexible Möglichkeiten der Teilzeitarbeit und der zeitweisen Mitarbeit im Pflegesektor eröffnen. Insgesamt gilt es, die Attraktivität des Arbeitsfeldes zu erhöhen, ihn zu kommunizieren als ein produktives Wachstumsfeld, in dem es um die Gestaltung einer bedeutsamen gesellschaftlichen Aufgabe mit hohem Herausforderungsgehalt geht.

⁷¹ Vgl. hierzu die Expertise von Rothgang

6. Will man verhindern, daß die Sicherung der Pflege in der Zukunft in einem weitaus größeren Umfang als bisher durch beruflich erbrachte Pflege gesichert wird, muß es darum gehen, den *tertiären Sektor*, d. h. Hilfeformen zwischen Markt und Staat, insbesondere freiwillige und bürgerschaftliche Unterstützungsformen zu entwickeln. Hier gibt es keine Anhaltspunkte dafür, diesen Bereich lediglich als ein Spielwiese für Sozialromantik abzutun; der Beitrag des tertiären Sektors, auch im Aufgabenfeld der Pflege, wird als (professionell) entwickel- und förderbar angesehen. Dies bedarf aber auch entsprechender Anstrengungen.

7. Als Voraussetzung für eine als notwendig angesehene gemischte Pflegeökonomie und die Gestaltung gemischter Pflegearrangements aus beruflicher und professioneller Hilfe, marktgängigen Pflegeleistungen, informeller Hilfe, Unterstützung auf freiwilliger Basis und staatlichen Leistungen wird der *Aufbau einer flächendeckenden und leistungsfähigen case management-Infrastruktur* gesehen, die sowohl Assessment- als auch Steuerungsfunktionen in von Kostenträgern unabhängiger Weise wahrnehmen kann. In dem Aufbau einer entsprechenden Struktur von Unterstützungsmanagement für pflegeabhängige Menschen wird eine der zentralen Infrastrukturentwicklungsobliegenheiten einer gestaltenden Pflegepolitik gesehen.

8. Hilfe und Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit wird vor Ort gewährt und gelingende Pflegemixturen hängen zentral von *regionalen und örtlichen Bedingungen* in Infrastruktur und Kultur ab. Die Leistungen der Pflegeversicherung, auch für die Zukunft als Teilleistungen für Teilbedarfe konzipiert, dürfen nicht überschätzt werden und nicht dazu führen, daß die kommunale Ebene ihren Gestaltungsauftrag verliert bzw. negiert. Dies ist aber als deutlicher Trend zu beobachten. Im Gegensatz zu dieser Entwicklung wird eine hohe Bedeutung kommunaler Alten- und Pflegepolitik gesehen, die nicht primär in ihrer Funktion als Leistungsträger, sondern als Planungs- und Gestaltungsebene für Alten- und Pflegepolitik angesprochen wird. Hier empfiehlt es sich, die Aktivitäten der Kommunen durch bundesrechtliche Rahmenbedingungen zu verstetigen und mit einem Verpflichtungsgehalt auszustatten.

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft Bürgerschaftliches Engagement Baden-Württemberg (1999), Wege zur Bürgergesellschaft, Stuttgart/Freiburg

Beck, U. (1986), Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt

Beck, U. (1999), Schöne neue Arbeitswelt. Vision: Weltbürgerschaft. - Frankfurt/New York,

Beck, B.; Naegele, G.; Reichert, M., Dallinger, R. (1997), Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege, Stuttgart

Beiträge zur Mittelstands- und Strukturpolitik der Kreditanstalt für Wiederaufbau (2000), Der Markt für Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland

Blaumeister, H.; Blunck, A.; Klie, T.; Pfundstein, T., Wappelshammer, E. (2001 i. E.), Grundlagen und Methoden kommunaler Altenplanung, Stuttgart

Blinkert, B. (1990a), "Wer bin ich?" - Soziale Verankerung und Individualisierung bei Verwaltungsinspektoren, Soziologiestudenten und Straftätern, in: Oswald, Hans (Hg.), Macht und Recht. Festschrift für Heinrich Popitz, Opladen

Blinkert, B. (1990b), Zukunftsperspektiven der Sozialarbeit - Arbeit am Chaos?, in: Bette, Heinrich W. (Hg.), Ich bin dir gut - wenn du mir nützt...Die Ökonomisierung zwischenmenschlicher Beziehungen, Freiburg

Blinkert, B. (1996), Grundlagen für die Altenhilfeplanung in Baden-Württemberg, Freiburg (hekt. Man.)

Blinkert, B./Klie, T. (1999), Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger, Hannover

Blinkert, B./Klie, T. (2000), Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Eine empirische Untersuchung über die soziale Verankerung von Solidarität, in: Sozialer Fortschritt, Oktober-Heft, S. 237-245

Blinkert, B./Klie, T. (2000), Modell zur Simulation der Auswirkungen demographischer und sozialer Veränderungen auf die Versorgung von Pflegebedürftigen, Freiburg (hekt. Man.)

Braun, U./Schmidt, R. (Hg.) (1996), Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur, Regensburg

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1999), Heimstatistik, Bonn

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1997), Gewalt gegen ältere Menschen zu Hause, Bonn

Bundesministerium für Gesundheit (2000), Soziale Pflegeversicherung

DAK (1999), Qualität in der Häuslichen Pflege, Hamburg

DGGG (1996), Positionspapier "Professionelle Pflege alter Menschen". Freiburg

- Diwald, M. (1991) Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken, Berlin
- Eisen, R.; Mager, H.-C. (Hg.) (1999), Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern, Frankfurt
- Engel, H.; Engels, D. (1999), Case management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen, Stuttgart
- Entzian, H.; Klie, T., Der allgemein anerkannte Stand pflegerischer Erkenntnis - Diskussionsbeitrag zur Standortbestimmung der Qualität professioneller Pflege. In: Entzian, H.; Giercke, K.-I.; Klie, T.; Schmidt, R. (Hg.) (2000), Soziale Gerontologie. Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit. Frankfurt, S. 141 - 154
- Équipe de Recherche Opérationnelle (EROS) (2000): Plaisir Audit. Messung des Arbeitsaufwandes des Pflegepersonals der 11 Einrichtungen der AWO. Hekto. Man.
- Evers, A.; Klie, T. (1999), Zur Neuausrichtung kommunaler Alterssozialpolitik oder: Nach dem Pflegeversicherungsgesetz - freiwilliges kommunales Engagement. In: Schmidt, R., Entzian, H.; Giercke, K.-I.; Klie, T. (Hg.), Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und bürgerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege, Frankfurt, S. 39 - 48
- Evers, A.; Olk, T. (1996), Wohlfahrtspluralismus, Opladen
- Evers, A. (1998), Zwischen Versorgung und Aktivierung, in: Schmidt, R.; Thiele, A. (Hg.), Konturen einer neuen Pflegelandschaft, Regensburg, S. 21 - 23
- Evers, A., Svetnik, I. (1993), Balancing pluralism. New welfare mixtures in care for the elderly, Avebury
- Fachdienst der Lebenshilfe (2000) 1/2000, Seite 1 - 16: o.V.: das persönliche Budget für Menschen mit geistiger Behinderung.
- Fuchs, J., Thon, M. (1999), Potentialprojektion bis 2040. Nach 2010 sinkt das Angebot an Arbeitskräften, in: IAB Kurzbericht 4/1999, S. 3-6
- Garms-Homolova, V., Hütter, U. (1990), Das soziale Netz Hochbetagter in der Grossstadt, Medizin Mensch Gesellschaft; H. 3; Bd. 15; S. 170-181
- Göpfert-Divivier, W.; Robitzsch, M.; Schweikart, R. (1999), Qualitätsmanagement und Care Management in der ambulanten Pflege, Stuttgart
- Häfner, H. (1992), Psychiatrie des höheren Lebensalters. In: Baltes, P. B.; Mittelstraß, J. (Hg.) Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklungen, Berlin, S. 151 - 179
- Hömann, U. (1999), Qualität durch Kooperation, Frankfurt
- Igl, G. (1995), Das neue Pflegeversicherungsrecht, München
- Jansen, B; Klie, T., (1999), Häuslichkeit. In: Jansen, B.; Karl, F.; Radebold, H.; Schmitz-

Scherzer, R. (Hg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim/Basel, S. 521 - 539

Kaufmann, F.-X. (1993), Generationenbeziehungen und Generationenverhältnisse im Wohlfahrtsstaat, in: Lüscher, K., Schultheis, F. (Hg.), Generationenbeziehungen in "postmodernen" Gesellschaften. Analysen zum Verhältnis von Individuum, Familie, Staat und Gesellschaft, Konstanz: Universitätsverlag

Klie, T. (2000), Mut zu menschlichem Profil. In: Neue Caritas 2000, Heft 18, S. 8 - 13

Klie, T.; Krahmer, U. (1999), Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar SGB XI, Baden-Baden

Klie, T.; Pfundstein, T. (1999), Landespflegegesetze: Strukturen und Probleme. In: Bergener et al. (Hg.) Management Handbuch Alteinrichtungen. Loseblattwerk. 9. Ergänzungslieferung, Heidelberg, Kapitel 1455

Klie, T.; Schmidt, R. (1999), Die Pflegeversicherung ist unter strategisch-politischen Gesichtspunkten ein großer Erfolg - allerdings besteht Reformbedarf. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 50,2, Seite 48 - 53

Klie, T.; Schmidt, R. (2000), Deutsche Pflegepolitik - Zwischen Besitzständen und europäischen Impulsen - zugleich ein Beitrag zur Diskussion um die Novellierung von SGB XI und Heimgesetz. In: Soziale Gerontologie, Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit, Frankfurt, S. 32 - 58

Klie, T.; Spermann, A. (2000), Personenbezogene Pflegebudgets in der Pflege. Ein Konzeptpapier, unveröff. Manuskript, Freiburg

Kokot, S., (1999) Die Sozialpolitik der Europäischen Union und die Systeme sozialer Sicherung in ausgewählten Ländern Europas. In: Eisen, R.; Mager, H.-C. (1999) (Hg.), Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern, Opladen, S. 114 - 131

Kramer, M. (1980), The rising Pandemic of mental Disorders and associated chronic Diseases as Disabilities. In: Acta psychiatrica scandinavica suppl. 285, Vol. 62, S. 282 - 297

Lehr, U. (1986), Möglichkeiten und Grenzen wechselseitiger Hilfen zwischen älteren Menschen und Familien, in: Die Soziale Marktwirtschaft erneuern : Arbeit, soziale Sicherung, Familie; hrsg. v. Weigelt, K., Mainz, S. 225-247 REIHE: Studien zur politischen Bildung

Mc Glone, F.; Cronin, N. (1995), Prices in Care? The future Family and State Care for older People in the European Union, London

Mager, H.-C., (1999a) Pflegebedürftigkeit - ein intra- und intergenerationelles Entscheidungsproblem. In: Eisen, R.; Mager, H.-C. (Hg.), Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern, Frankfurt

Mager, H.-C. (1996b), Pflegebedürftigkeit - Dimensionen und Determinanten, In: Eisen, R.; Mager, H.-C. (Hg.), Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern, Frankfurt

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (1999), Neue Wohnprojekte für ältere Menschen, Düsseldorf

Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hg.) (1999), Selbst bestimmen, Hilfe nach Maß für Behinderte, Zwischenbericht des Forschungsinstituts für Wirtschaftspolitik, Mainz

Mutz, G., (1997) Zukunft der Arbeit. Chancen für eine Tätigkeitsgesellschaft? in: Aus Pol. u. Zeitgesch. B48-49/1997, S. 31-40.

Neugebauer, G. et. al (1997): Findung einer leistungsgerechten und angemessenen Vergütung für die stationäre Pflege. Projektabschlussbericht des IFG. München. Hekto. Man. (Basis 12 bayrische Altenheime, Erhebungszeitraum Frühjahr 1997)

Pache, M. (1999), Pflegeberatung, Stuttgart

Pick, P. (2000), Stellungnahme für die Anhörung zum Reformbedarf der Pflegeversicherung am 25. September 2000 in Berlin der Enquete-Kommission "Demographischer Wandel" des Deutschen Bundestages, hekt. Man.

Robert Bosch Stiftung (Hg.) (2000), Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung, Stuttgart

Rosenmayr, L. (1994), Altersgesellschaft - bunte Gesellschaft? Soziologische Analyse als Beitrag zur politischen Orientierung. In: Evers, A.; Leichsenring, K.; Marin, B. (Hg.), Die Zukunft des Alterns. Sozialpolitik für das Dritte Lebensalter, Wien, S. 27 - 76

Runde, P., Giese, R., Kerschke-Risch, P., Scholz, U., Wiegel, D.(1996), Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur häuslichen Pflege, Hamburg.

Runde, P., Giese, R. (1999), Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) auf die Pflegeübernahme und die Pflegeorganisation, in: VSSSR 4-5/1999, S. 339-361

Senf, T. (1996), Pflegende Männer - und sie gibt es doch. Stuttgart

Schmidt, R. (Hg.) (2000), Heimkonzept der Zukunft, Hannover

Schneekloth, U./ Müller U. (1999): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München.

Schneekloth, U. (1996), Entwicklung von Pflegebedürftigkeit im Alter, in: Zeitschrift f. Gerontologie und Geriatrie, 1/96, Bd. 29, H.1, S. 11-17

Statistisches Bundesamt (2000), Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis 2050. Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2000), Soziale Pflegeversicherung, Wiesbaden

Steiner-Hummel, I.; Reich, B. (1998), BETA-Projekt. Abschlussbericht des 3-jährigen Projektes von 1996 - 1998, unveröff. Manuskript, Kirchheim u. T.

Steiner-Hummel, I.; Zellhuber, B. (1991), Beratungsstelle für pflegende Angehörige.

Gesamtbericht des 3-jährigen Modellprojektes "Leben und Pflegen". Hg.: KDA, Köln

Steiner-Hummel, I. (1999), Gemeinwesenorientierte Pflege als Weg der kommunalen Altenhilfeentwicklung. In: Schmidt, R.; Entzian, H.; Giercke, K.-I.; Klie, T. (Hg.), Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und bürgerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege, Frankfurt, S. 75 - 88

Student, C. (2000), Das Hospizbuch, 5. Auflage, Freiburg

Sundström, G. (1994), Care by Families: An Overview of Trends. In: OECD (ed.), Caring for frail elderly people. New Direction in Care, Paris, S. 15 - 55

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (1999), Leistungsempfänger der privaten Pflegeversicherung nach Altersgruppen, Pflegestufen und Geschlecht, Köln

Walzer, M. (1992), Spüren der Gerechtigkeit, Frankfurt/New York

Wendt, W. R. (1997), Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung, Freiburg

Wissert, M. (1999), Beratungshilfe bei Pflege und Versorgung alter Menschen durch das Unterstützungsmanagement. In: Klie, T.; Schmidt, R. (Hg.), Die neue Pflege alter Menschen, Bern, S. 121 - 163

Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (1999): Thesenpapier zur BASIS-Studie., Stuttgart (hekt. Man.)

Zeman, P. (2000), Alter(n) im Sozialstaat und die Mikropolitik der Pflege. Regensburg

Anhang 1: Veränderung gesellschaftlicher und kultureller Bedingungen und die Situation von Pflegebedürftigen

Die Szenarien 2, 3 und 4 gehen von der Annahme aus, daß gesellschaftliche und kulturelle Bedingungen, die für die Versorgung von Pflegebedürftigen bedeutsam sind, sich so weiterentwickeln könnten, wie das in der Vergangenheit beobachtbar war. Wichtig für die Situation von Pflegebedürftigen sind in erster Linie solche Entwicklungen, die mit dem Trend einer zunehmenden "Individualisierung" assoziiert sind. Der Begriff "Individualisierung" bezieht sich auf

- * die abnehmende soziale Verankerung von Individuen in einem sozialen Umfeld
- * die zunehmende Bedeutung von Wahlhandlungen und Entscheidungen
- * die zunehmende Bedeutung einer auf Bedürfnisbefriedigung und Selbstverwirklichung angelegten Lebensweise und
- * das Eindringen von Nutzen-Kosten-Kalkülen in die Gestaltung der privaten, z.T. sogar der intimen Lebensverhältnisse

Im Verlauf dieses Prozesses kommt es zur Erosion von Traditionen, normativen Verpflichtungen und eingelebten Selbstverständlichkeiten. Auch für die privaten Kommunikations- und Interaktionswelten wird in zunehmendem Maße ein Handlungs- und Orientierungsstil charakteristisch, der den Prinzipien einer ökonomischen Tauschrationalität folgt und auf individuelle Nutzenmaximierung angelegt ist. Individualisierung in diesem Sinne, ist mit einem Zugewinn an Freiheiten verbunden, aber es entstehen auch Probleme, die sich als Integrations- und Solidaritätsdefizite beschreiben lassen.⁷²

Für die Situation von Pflegebedürftigen sind diese Entwicklungen insofern von Bedeutung, als sie Motive und Möglichkeiten für Hilfeleistungen beeinflussen. Motive zur Übernahme von Versorgungsverpflichtungen könnten sich derart verändern, daß Kosten- und Reziprozitätsgesichtspunkte eine zunehmend wichtigere Rolle spielen als moralische Erwägungen und tradierte Verpflichtungen. Die Leistung von Unterstützungen könnte also immer weniger gesichert sein, weil sie zunehmend von dem Ergebnis eines Kosten-Nutzenkalküls abhängig wird.

Aber nicht nur die Motive für Unterstützungsleistungen verändern sich im Verlauf der Individualisierung - auch die Möglichkeiten für den Aufbau und für die Aufrechterhaltung von sozialen Unterstützungsnetzen sind davon betroffen.⁷³ Die Mobilisierung von Frauen im Sinne eines steigenden Interesses an einer Erwerbstätigkeit vermindert die Chance, daß Töchter oder Schwiegertöchter ihre Eltern bzw. Schwiegereltern pflegen. Geographische Mobilität trennt Kinder von Ihren Eltern und reduziert die Wahrscheinlichkeit, daß die Eltern im Falle von

⁷² Vgl. Blinkert, B. (1990a); Blinkert, B. (1990b); Beck, U., (1986)

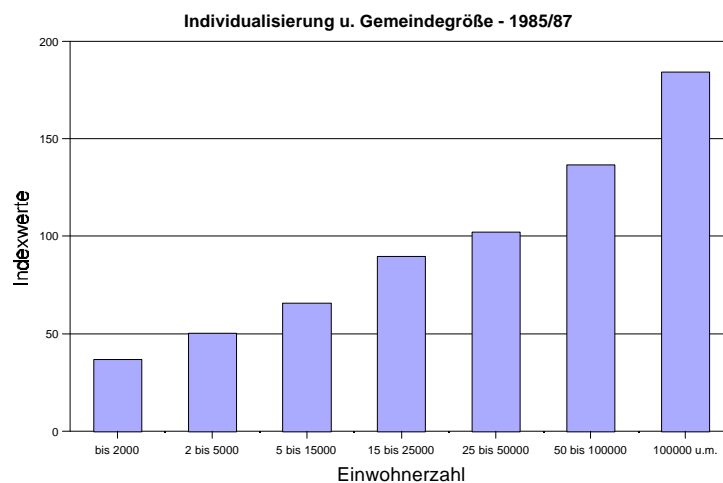
⁷³ Hier sind besonders wichtig die von M. Walzer beschriebenen "4 Mobilitäten" - vgl. Walzer, M. (1992)

Pflegebedürftigkeit von den Kindern versorgt werden. Soziale Mobilität bringt die Kinder aus dem Milieu der Eltern heraus und ist nicht selten mit einer Entfremdung verbunden. Und "familiäre Mobilität" - die Auflösung von Familien durch Trennung und Scheidung - bedeutet für viele auch eine Singularisierung - erkennbar an einer deutlichen Zunahme von Einpersonenhaushalten, nicht nur durch Verwitwung bei älteren Menschen, sondern in allen Lebenszyklusgruppen als zumindest vorübergehende und nicht selten dauerhafte Lebensform.

Informelle soziale Netzwerke und die Hilfeleistung durch Angehörige werden auch unter Individualisierungsbedingungen nicht völlig verschwinden. Aber es ist damit zu rechnen, daß die Wahrscheinlichkeit einer Unterstützung durch private Helfer mit steigendem Grad der Individualisierung abnimmt und daß die Angewiesenheit auf professionelle Dienste zunimmt.⁷⁴

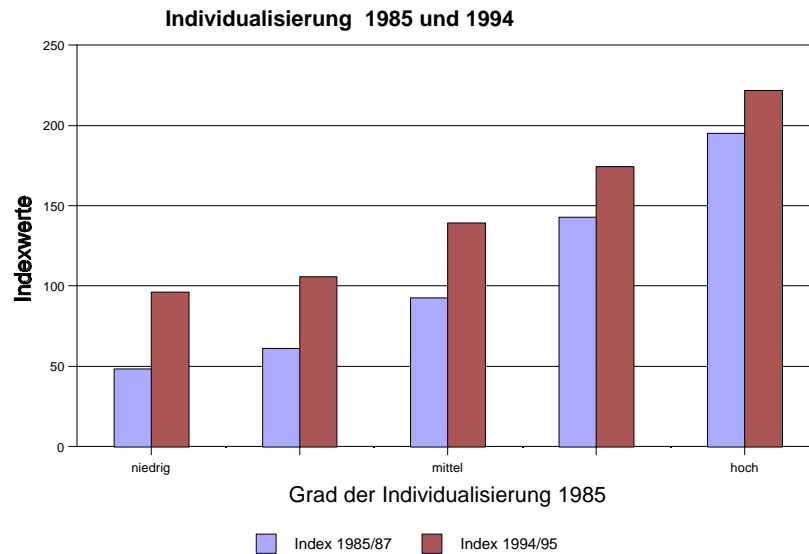
Für diese Annahmen konnten wir in verschiedenen empirischen Studien bestätigende Belege finden:

1. Für einen weiter anhaltenden Trend zur Individualisierung spricht eine für das Land Baden-Württemberg durchgeführte Untersuchung. Diese Studie zeigt, daß einerseits vor allem in den städtischen Regionen der Trend zur Individualisierung besonders stark ausgeprägt ist, daß sich andererseits aber im Zeitraum von 1987 bis 1995 die Gebiete mit einem in der Vergangenheit relativ niedrigen Grad der Individualisierung immer mehr den urbanen hochindividualisierten Regionen angleichen.⁷⁵



⁷⁴ Belege dazu finden sich in zahlreichen Studien und Stellungnahmen zum Thema "Unterstützungswahrscheinlichkeit durch das informelle sozialen Netz" - vgl. u.a. Diwald, M. (1991); Lehr, U. (1986); Garms-Homolova, V., Hütter, U. (1990); Kaufmann, F.-X. (1993)

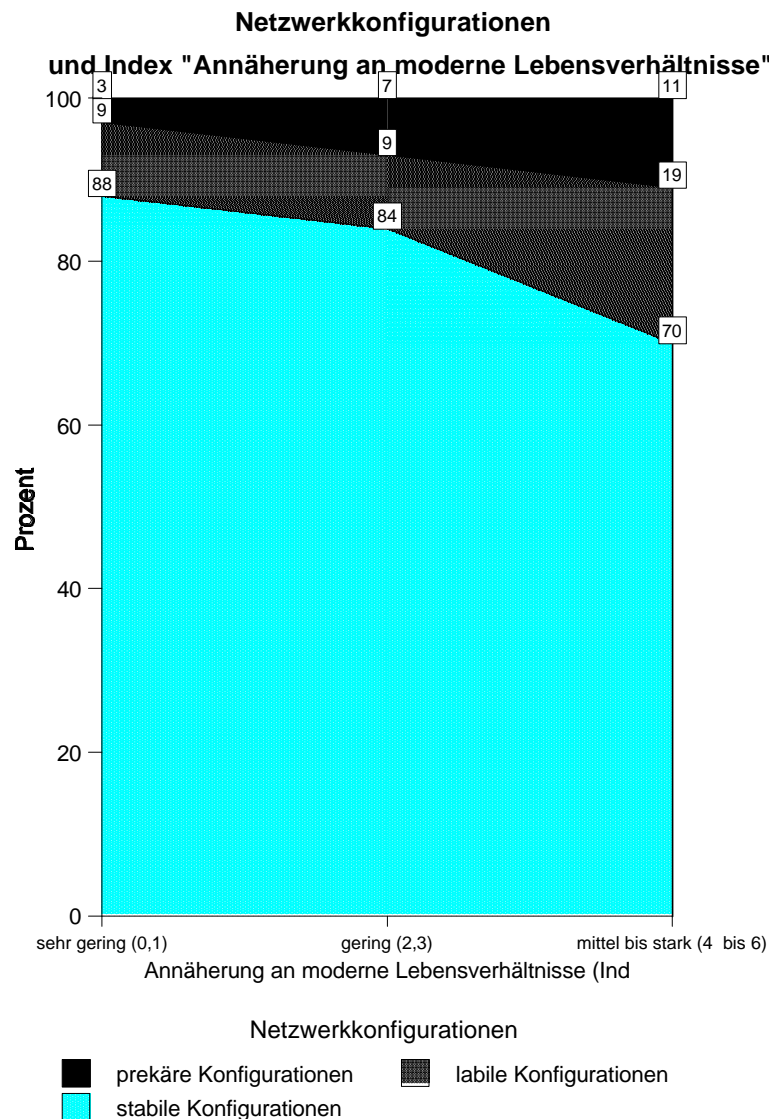
⁷⁵ Der "Grad der Individualisierung" wurde durch die folgenden Indikatoren bestimmt: Anteil der Erwachsenen in Einpersonenhaushalten, Anteil der Nichtverheirateten an den Erwachsenen, Anteil von sehr kleinen Wohnungen am Wohnungsbestand, Anteil der Eigentümerwohnungen (neg. Korr.), Mobilitätsquote, Bevölkerungsdichte. Die Indikatoren wurden über eine Faktorenanalyse zusammengefaßt.



Individualisierung breitet sich also aus und gewinnt damit zunehmend gesamtgesellschaftliche Bedeutung. Die Indikatoren für einen hohen Grad der Individualisierung in den Regionen unterscheiden sich immer weniger. (Blinkert, B., 1996)

2. In einer Untersuchung über die Pflegearrangements von häuslich versorgten Pflegebedürftigen konnten wir beobachten, daß der Anteil von Pflegebedürftigen, die nur über ein prekäres oder labiles informelles Unterstützungsnetzwerk mit relativ geringen Hilfewahrscheinlichkeiten verfügen in dem Maße zunimmt, in dem für diese Pflegebedürftigen ein “moderner”, also am Ideal der Individualisierung ausgerichteter Lebensentwurf charakteristisch ist. Gleichzeitig ist bei diesen “individualisierten Pflegebedürftigen” der Anteil beruflich geleisteter Hilfen am Pflegearrangement bedeutend höher als bei Pflegebedürftigen mit einem eher “vormodernen” Lebensentwurf. (Blinkert, B./Klie, T, 1999)⁷⁶

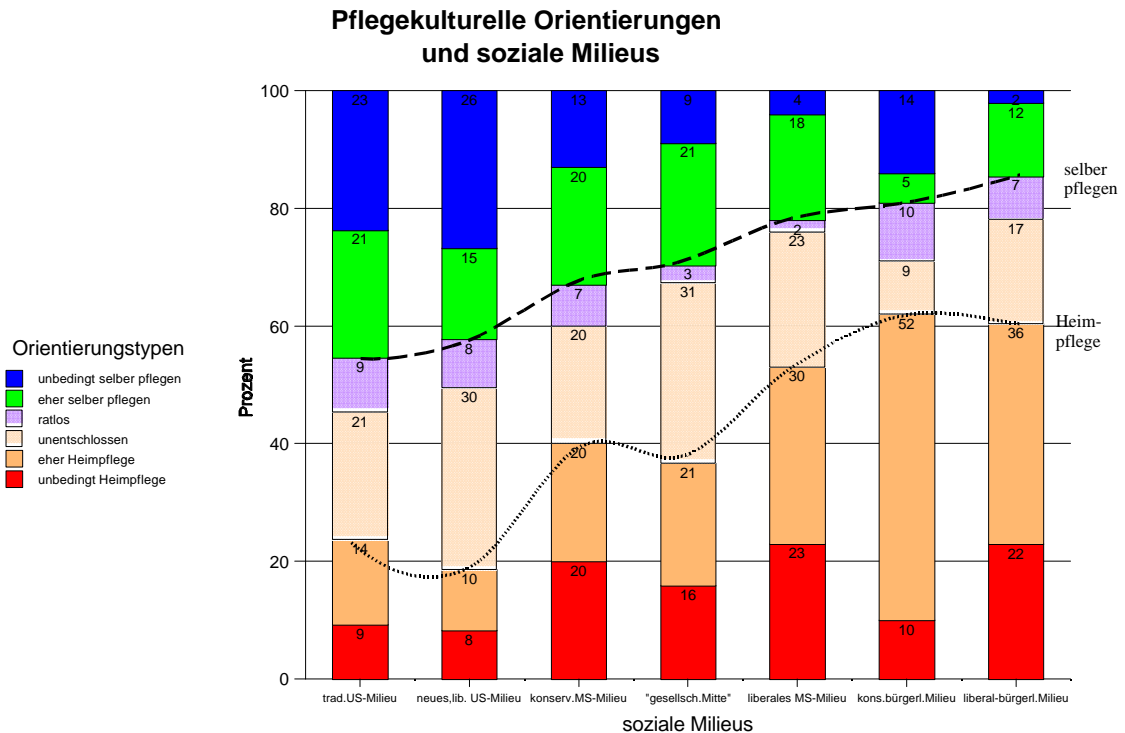
⁷⁶ Zur Einstufung nach dem “Lebensentwurf” wurde ein Index entwickelt, der die folgenden Merkmale zusammenfaßt: Familienstand ledig, getrennt lebend oder geschieden, keine Kinder oder nur ein Kind, mittlerer oder höherer Schulabschluß, Berufstätigkeit vor dem Ruhestand, Wohnumfeld mit verdichteter Bebauung, kurze Wohndauer im Wohnort. Das Verfahren zur Indexbildung wird ausführlich erläutert in Blinkert/Klie 1999, S. 60 f



3. Eine Untersuchung bei 40- bis 60jährigen über deren Bereitschaft, einen pflegebedürftigen Angehörigen zu versorgen zeigte, daß diese Bereitschaft außerordentlich deutlich in "sozialen Milieus" verankert ist.⁷⁷ Sie ist am geringsten in den Milieus, die am besten den Lebensbedingungen moderner Gesellschaften angepaßt sind, die über ein höheres Einkommen und hohen Bildungsabschluß verfügen und deren Werteorientierungen mit dem auf Individualisierung ausgerichteten Modernitätsdiskurs optimal übereinstimmen. (Blinkert/Klie,

⁷⁷ Die Milieus wurden auf der Grundlage der repräsentativen ALLBUS-Studie von 1996 durch die folgenden Indikatoren definiert: zum einen durch die Statusmerkmale Einkommen und Schulabschluß und zum anderen über Merkmale, mit denen eine Einstufung nach dem "Lebensentwurf" in eine eher "vormoderne" und eine eher "moderne" Orientierung möglich ist (Werteorientierung nach Inglehart und Definition der Frauenrolle). Das Verfahren zur Bildung der Typologie wird ausführlich erläutert in Blinkert/Klie 2000.

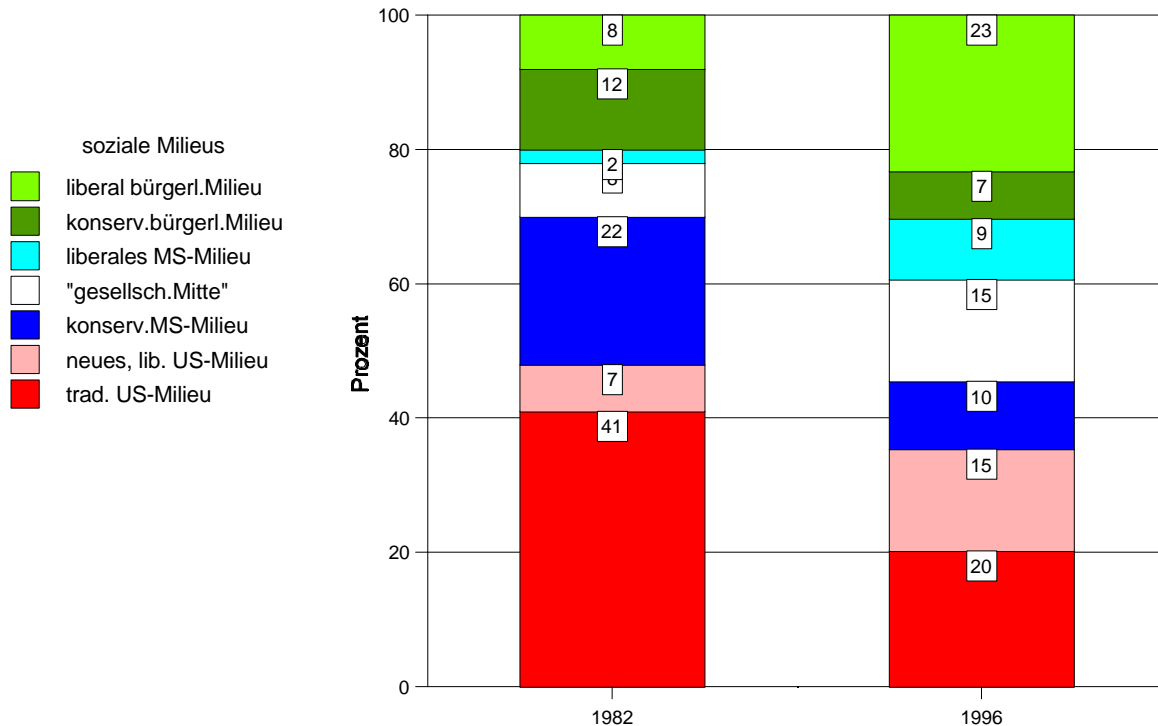
2000)



Die Bereitschaft zur Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen ist dagegen am größten in Milieus, die sich vielleicht als "Verlierermilieus" beschreiben lassen: niedriges Einkommen, niedriger Bildungsabschluß und eine Orientierung an eher "vormodernen" Werten. In diesen "Verlierermilieus" wird die Versorgung eines Pflegebedürftigen auch noch am ehesten als eine moralische Verpflichtung erfahren - in den "Gewinnermilieus" dagegen eher als eine Aufgabe mit Auswirkungen auf die individuelle Kosten-Nutzen-Bilanz.

4. Die gleiche Untersuchung konnte auch nachweisen, daß die zahlenmäßige Bedeutung der "Verlierermilieus" im Zeitverlauf erheblich abgenommen hat und daß die "Gewinnermilieus" an Bedeutung gewonnen haben. Wir vermuten, daß sich diese Entwicklung noch eine Weile fortsetzen wird.

**Soziale Milieus in den Jahren 1982 und 1996
bei 40- bis 60jährigen in den alten Bundesländern**



Es wäre sicher falsch, diese Entwicklungen nur als defizitär zu betrachten. Sie sind unter bestimmten Gesichtspunkten natürlich auch mit einem erheblichen Zugewinn an Lebensqualität verbunden. In den stark individualisierten urbanen Regionen fehlt im allgemeinen eine enge und einengende soziale Kontrolle, für die Individuen nehmen die Wahlmöglichkeiten zu, aber auch Toleranz und Liberalität gegenüber Fremden und Außenseitern sind in den am Individualisierungsdiskurs sich orientierenden Milieus vielleicht am ehesten zu erwarten. Andererseits ist aber zu vermuten, daß diese Entwicklungen die Lebensbedingungen für pflegebedürftige ältere Menschen im Durchschnitt eher ungünstig beeinflussen. Insbesondere ist anzunehmen, daß mit zunehmendem Grad der Individualisierung die Chance einer Versorgung von Hilfe- und Pflegebedürftigen durch das informelle soziale Netz spürbar geringer wird und daß die Angewiesenheit auf professionelle Dienste zunimmt.

Anhang 2: Vorschläge und Ergebnisse von Juliane Roloff

Anhang 2 a: Entwicklung der Erwerbstätigkeit

Juliane Roloff,
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung

Wiesbaden, Oktober 2000

40- bis unter 60jährige Bevölkerung nach dem Familienstand - Erwerbspersonen sowie Erwerbsquoten - 1990 bis 1999

Männer

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<u>Insgesamt</u>										
Bevölkerung	8 713	10 879	11 053	11 227	11 277	11 256	11 308	11 351	11 318	11 295
Erwerspers..	8 055	10 019	10 013	10 067	10 139	10 120	10 115	10 211	10 209	10 231
Erwerbsquote	92,4	92,1	90,6	89,7	89,9	89,9	89,4	90,0	90,2	90,6
<u>Ledig</u>										
Bevölkerung	758	898	951	1010	1 061	1 092	1 169	1 209	1 265	1 322
Erwerspers.	664	787	819	869	917	944	996	1 038	1 081	1 139
Erwerbsquote	87,6	87,6	86,1	86,0	86,4	86,4	85,2	85,9	85,5	86,2
<u>Verheiratet</u>										
Bevölkerung	7 282	9 107	9 200	9 277	9 230	9 150	9 113	9 104	8 981	8 889
Erwerspers.	6 797	8 460	8 402	8 395	8 368	8 291	8 234	8 270	8 192	8 137
Erwerbsquote	93,3	92,9	91,3	90,5	90,7	90,6	90,4	90,8	91,2	91,5
<u>Verwitwet/Geschieden</u>										
Bevölkerung	673	874	902	940	986	1 014	1 026	1 038	1 072	1 084
Erwerspers.	594	772	792	803	854	885	885	903	936	955
Erwerbsquote	88,3	88,3	87,8	85,4	86,6	87,3	86,3	87,0	87,3	88,1

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Fachserie 1, Reihe 4.1.1.:
Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit; J. Roloff, eigene Berechnungen

Durchschnittliche Erwerbsquote der Jahre 1990 bis 1999

Insgesamt	90,5
Ledig	86,3
Verheiratet	91,3
Verwitwet/Geschieden	87,2

Annahme:

Infolge der bereits aktuell hohen Erwerbsbeteiligung der Männer sind hier kaum gravierende Veränderungen ihrer Erwerbsquoten zu erwarten. Somit sollen für die künftigen Erwerbsquoten die o.a. Durchschnittswerte der Jahre 1990 bis 1999 zugrundegelegt werden.

Frauen

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<u>Insgesamt</u>										
Bevölkerung	8 417	10 688	10 806	11 012	11 091	11 112	11 140	11 174	11 156	11 141
Erwerspers.	5 026	6 875	7 010	7 191	7 347	7 515	7 589	7 801	7 888	8 055
Erwerbsquote	59,7	64,3	64,9	65,3	66,2	67,6	68,1	69,8	70,7	72,3
<u>Ledig</u>										
Bevölkerung	462	575	594	620	644	654	699	714	729	759
Erwerspers.	395	475	491	513	536	552	586	607	620	650
Erwerbsquote	85,5	82,6	82,7	82,7	83,2	84,4	83,8	85,0	85,0	85,6
<u>Verheiratet</u>										
Bevölkerung	6 753	8 539	8 619	8 747	8 758	8 776	8 728	8 762	8 729	8 668
Erwerspers.	3 754	5 226	5 333	5 455	5 549	5 676	5 695	5 868	5 938	6 040
Erwerbsquote	55,6	61,2	61,9	62,4	63,4	64,7	65,2	67,0	68,0	69,7
<u>Verwitwet/Geschieden</u>										
Bevölkerung	1 202	1 574	1 593	1 645	1 689	1 682	1 713	1 698	1 698	1 714
Erwerspers.	877	1 174	1 186	1 223	1 262	1 287	1 308	1 326	1 330	1 365
Erwerbsquote	73,0	74,6	74,5	74,3	74,7	76,5	76,4	78,1	78,3	79,6

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Fachserie 1, Reihe 4.1.1.: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit; J. Roloff, eigene Berechnungen

Durchschnittliche Erwerbsquote der Jahre 1990 bis 1999

Insgesamt	66,9
Ledig	84,1
Verheiratet	63,9
Verwitwet/Geschieden	76,0

Annahme:

Man muss mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass für das künftige Erwerbspersonenpotential nur noch bei den verheirateten Frauen, im geringeren Maße auch bei den Verwitweten/Geschiedenen Reserven vorhanden sind.

1. Für alle Prognosejahre gilt das durchschnittliche Niveau der Erwerbsquoten der Jahre 1990 bis 1999.
2. Die Erwerbsquoten der verheirateten sowie der verwitweten/geschiedenen Frauen erreichen bis zum Jahr 2050 das Niveau derer der ledigen Frauen; dies entspricht einer jährlichen durchschnittlichen Zunahme um 0,4 Prozentpunkte (Verheiratete) bzw. um 0,2 Prozentpunkte (Verwitwete/Geschiedene); die Erwerbsquoten der Nichtverheirateten behalten das konstante Niveau der Jahre 1990/99 bei.
3. Die Erwerbsquoten der verheirateten und der verwitweten/geschiedenen Frauen sinken bis zum Jahr 2050 wieder auf ihr Ausgangsniveau des Jahres 1990, d.h. im Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2050 um 0,3 bzw. um 0,1 Prozentpunkte jährlich.

Abbildung A:

Erwerbsquoten der 40 bis unter 60 Jahre alten Männer nach dem Familienstand - 1990 bis 1999 -

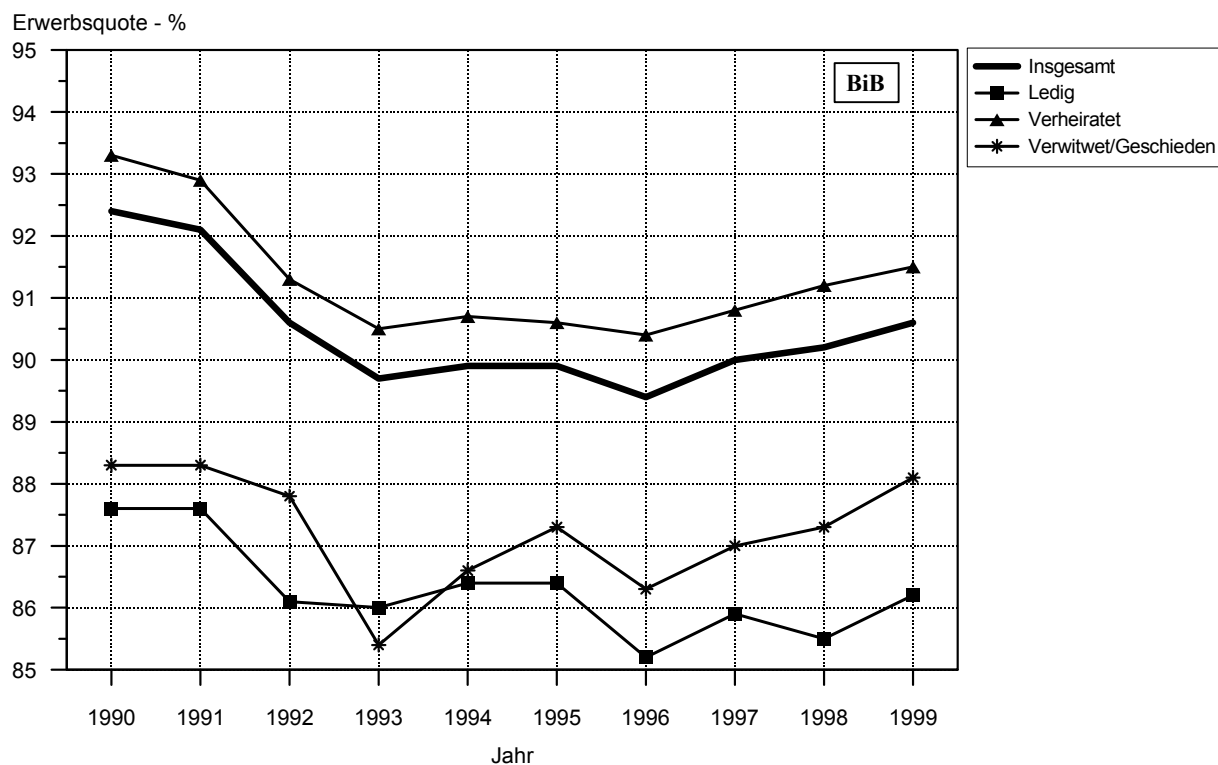
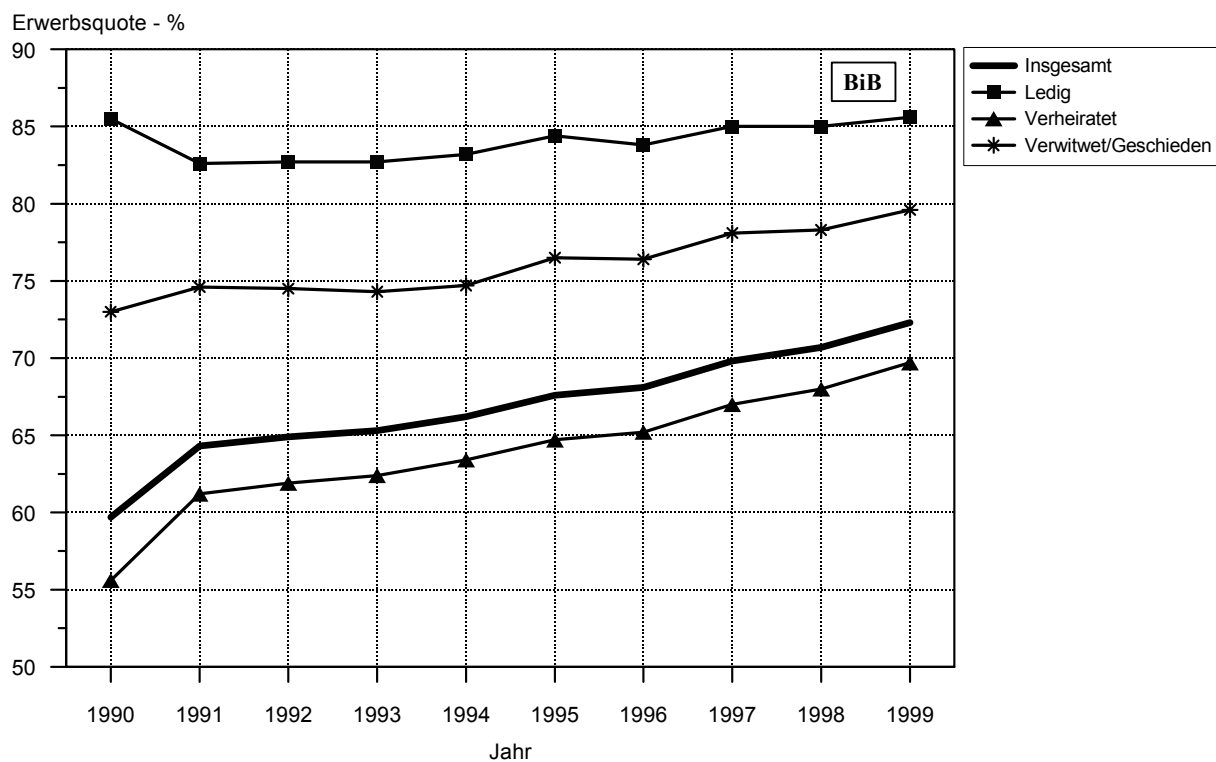


Abbildung B:

Erwerbsquoten der 40 bis unter 60 Jahre alten Frauen nach dem Familienstand - 1990 bis 1999 -



Anhang 2 b: Familienstand der Bevölkerung 60Jahre und älter

Dr. Juliane Roloff
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung

Wiesbaden, 17. November 2000

Die zukünftige Bevölkerung in den Privathaushalten nach dem Familienstand - Hochrechnung -

Annahmen:

- Die Männer und Frauen des Basisjahres 1998, die ab dem Jahre 2000 im Alter von 60 Jahren und mehr sein werden, werden in fünfjährigen Altersgruppen bis zum Jahre 2050 hochgerechnet. Die Datenbasis bildet der Mikrozensus des Jahres 1998 (der Einfachheit halber soll die Familienstandsstruktur o.a. Jahres ebenso für das Jahr 2000 gelten!) und die 9. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2 des Statistischen Bundesamtes;
- Die jeweilige Familienstandsstruktur der Altersgruppe x-1 des Jahres y wird für die Folgejahre weitergeführt: z.B. gilt im Jahre 2010 für die 60- bis 64jährigen die Familienstandsstruktur (einschließlich der Prozentsätze der in nichtehelichen Partnerschaften Lebenden) der 55- bis 59jährigen des Jahres 2005. Eine Ausnahme bilden nur die unter 30jährigen. Für diese Altersgruppen ist schwerlich einzuschätzen, wie sich deren Partnerschaftsverhalten künftig gestalten wird. Somit wird hier, unter der Annahme, dass das derzeitige durchschnittliche Heiratsalter (Männer = 34,3 Jahre; Frauen = 31,3 Jahre) künftig nicht überschritten wird, d.h. dass die nachfolgenden Generationen nicht noch später eine Partnerschaft eingehen werden, für diese Altersgruppen die Familienstandsstruktur der Heute 30- bis 34jährigen zugrundegelegt. (die Familienstandsstrukturen nach fünfjährigen Altersgruppen für das Jahr 1998 können dem Anhang 1 entnommen werden).

Außer acht gelassen werden musste man bei allen Altersgruppen die Bildung und Lösung (außer durch Tod) von nichtehelichen Lebensgemeinschaften. Hier wurde vom jeweiligen Status quo der Altersgruppe x ausgegangen und nur die Sterbefälle der Partner/innen bestehender NEL berücksichtigt.

- In die Hochrechnung werden zum einen die Heirats- und Scheidungswahrscheinlichkeiten der Altersgruppe x des Jahres 1998 und zum anderen die Sterbewahrscheinlichkeit der Partnerinnen bzw. Partner in den Ehen und nichtehelichen Lebensgemeinschaften einbezogen. (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Reihe 1: Gebiet und Bevölkerung; J. Roloff, eigene Berechnungen). Dabei wurde angenommen, dass die Männer im Schnitt 3 Jahre älter, die Frauen im Schnitt 3 Jahre jünger sind.

- Die Sterbewahrscheinlichkeiten wurden anhand der Abgekürzten Sterbetafel 1996/1998 und ab dem Alter 90 anhand der Allgemeinen Sterbetafel 1986/1988 ermittelt. Diese ergibt sich aus der Zahl der Gestorbenen, z.B. der 63- bis 67jährigen Männer (der 60- bis 64jährigen Frauen in Ehen und NEL), dividiert durch die Zahl der Überlebenden der ersten Altersstufe des Altersgruppe x, hier der Alterstufe 63. Die Sterbewahrscheinlichkeit der Altersgruppen x gilt für alle Prognosejahre. D.h., die Sterbewahrscheinlichkeit der z.B. 63- bis 67jährigen Männer des Jahres 2010 ist gleich hoch der der 63- bis 67jährigen Männer des Jahres 2040 (siehe auch Anhang 2). Dies ist mit eine Erklärung für den zum Teil über die Jahre hinweg relativ konstanten Verwitwetenanteil (hinzu kommen Struktureffekte).
- Für die gestorbenen Partner/innen in den nichtehelichen Lebensgemeinschaften wurden die Anteile der Familienstände an den NEL der jeweiligen Altersgruppe x-1 des Jahres 1998 zugrundegelegt (siehe Anhang1; ein Beispiel für die Hochrechnung wird in Anhang 2 gegeben).

Ergebnisse:

**Zukünftige Bevölkerung in Privathaushalten nach dem Familienstand (in Tsd. Personen und Struktur)
60- bis 69jährige nach dem Familienstand - in 1000 Personen**

<u>Alle</u>	MZ 1998	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ledige	445,7	461,3	524,3	475,4	615,5	954,3	1543,1	2322,3	2171,0	1909,9	1915,9	2023,9
Geschiedene	454,6	472,3	626,2	649,3	738,0	806,4	864,9	822,0	646,6	582,8	584,1	617,1
Verwitwete	1266,0	1291,1	1483,1	1342,5	1472,7	1677,8	1848,1	1836,7	1489,3	1278,5	1272,6	1339,1
NEL	218,1	226,7	271,9	269,1	339,1	458,2	665,4	979,1	934,9	847,2	851,8	899,9
Verheiratete	7139,0	7402,7	7607,7	6218,4	6401,4	6839,5	7197,5	6559,3	4911,4	4459,8	4484,6	4737,2
* zusammenlebend	7020,0	7278,9	7445,3	6088,8	6202,2	6614,7	6933,4	6302,5	4717,6	4284,2	4308,1	4550,8
* getrennt lebend	119,0	123,8	162,4	157,9	189,2	224,8	264,1	256,9	193,8	175,6	176,5	186,4
Insgesamt	9523,4	9854,1	10513,2	8954,7	9566,7	10736,2	12119	12519,5	10153,2	9078,2	9109,1	9617,2
<u>Männer</u>												
Ledige	193,0	202,6	301,9	288,5	374,6	588,7	969,9	1450,7	1262,1	1132,3	1135,8	1201,2
Geschiedene	167,6	175,2	250,9	249,6	296,9	331,9	351,9	314,8	226,8	224,2	224,6	238,0
Verwitwete	234,8	241,8	320,9	280,0	308,3	350	381,2	358,9	249,9	240,4	239,5	251,6
NEL	119,0	124,1	160,8	153,8	196,4	264,2	385,6	571,4	522,4	490,6	492,8	521,0
Verheiratete	3852,3	4005,7	4312,3	3357,6	3420,4	3640,2	3798,5	3382	2363,9	2258,5	2268,3	2398,3
* zusammenlebend	3791,2	3941,8	4215,5	3264,4	3312,1	3514,8	3652	3245,7	2270,8	2169,7	2179,1	2304,0
* getrennt lebend	61,1	63,9	96,8	93,2	108,3	125,4	146,5	136,3	93,1	88,8	89,2	94,3
Insgesamt	4566,7	4749,4	5346,8	4329,5	4596,6	5175,0	5887,1	6077,8	4625,0	4346,0	4360,9	4610,1
<u>Frauen</u>												
Ledige	252,7	258,7	222,4	186,9	240,9	365,6	573,2	871,6	908,9	777,6	780,1	822,6
Geschiedene	287	297,1	375,3	399,7	441,1	474,5	513	507,2	419,8	358,6	359,6	379,1
Verwitwete	1031,2	1049,3	1162,2	1062,5	1164,4	1327,8	1466,9	1477,8	1239,4	1038,1	1033,1	1087,6
NEL	99,1	102,6	111,1	115,3	142,7	194	279,8	407,7	412,6	356,6	359,0	378,9
Verheiratete	3286,7	3397	3295,4	2860,8	2981,0	3199,3	3399	3177,3	2547,6	2201,3	2216,3	2338,9
* zusammenlebend	3228,8	3337,1	3229,8	2824,4	2890,1	3099,9	3281,4	3056,8	2446,8	2114,5	2129,1	2246,8
* getrennt lebend	57,9	59,9	65,6	64,7	80,9	99,4	117,6	120,6	100,8	86,8	87,3	92,1
Insgesamt	4956,7	5104,7	5166,4	4625,2	4970,1	5561,2	6231,9	6441,7	5528,2	4732,2	4748,2	5007,1

60- bis 69jährige nach der Familienstandsstruktur - in %

<u>Alle</u>	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ledige	4,7	5,0	5,3	6,4	8,9	12,7	18,5	21,4	21,0	21,0	21,0
Geschiedene	4,8	6,0	7,3	7,7	7,5	7,1	6,6	6,4	6,4	6,4	6,4
Verwitwete	13,1	14,1	15,0	15,4	15,6	15,2	14,7	14,7	14,1	14,0	13,9
NEL	2,3	2,6	3,0	3,5	4,3	5,5	7,8	9,2	9,3	9,4	9,4
Verheiratete	75,1	72,4	69,4	66,9	63,7	59,4	52,4	48,4	49,1	49,2	49,3
* zusammenlebend	73,9	70,8	68,0	64,8	61,6	57,2	50,3	46,5	47,2	47,3	47,3
* getrennt lebend	1,3	1,5	1,8	2,0	2,1	2,2	2,1	1,9	1,9	1,9	1,9
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<u>Männer</u>											
Ledige	4,3	5,6	6,7	8,1	11,4	16,5	23,9	27,3	26,1	26,0	26,1
Geschiedene	3,7	4,7	5,8	6,5	6,4	6,0	5,2	4,9	5,2	5,1	5,2
Verwitwete	5,1	6,0	6,5	6,7	6,8	6,5	5,9	5,4	5,5	5,5	5,5
NEL	2,6	3,0	3,6	4,3	5,1	6,5	9,4	11,3	11,3	11,3	11,3
Verheiratete	84,3	80,7	77,6	74,4	70,3	64,5	55,6	51,1	52,0	52,0	52,0
* zusammenlebend	83,0	78,8	75,4	72,1	67,9	62,0	53,4	49,1	49,9	50,0	50,0
* getrennt lebend	1,3	1,8	2,2	2,4	2,4	2,5	2,2	2,0	2,0	2,0	2,0
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<u>Frauen</u>											
Ledige	5,1	4,3	4,0	4,8	6,6	9,2	13,5	16,4	16,4	16,4	16,4
Geschiedene	5,8	7,3	8,6	8,9	8,5	8,2	7,9	7,6	7,6	7,6	7,6
Verwitwete	20,6	22,5	23,0	23,4	23,9	23,5	22,9	22,4	21,9	21,8	21,7
NEL	2,0	2,2	2,5	2,9	3,5	4,5	6,3	7,5	7,5	7,6	7,6
Verheiratete	66,5	63,8	61,9	60,0	57,5	54,5	49,3	46,1	46,5	46,7	46,7
* zusammenlebend	65,4	62,5	61,1	58,1	55,7	52,7	47,5	44,3	44,7	44,8	44,9
* getrennt lebend	1,2	1,3	1,4	1,6	1,8	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

70- bis 79jährige nach dem Familienstand - in 1000 Personen

<u>Alle</u>	MZ 1998	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ledige	357,0	356,8	341,3	376,2	392,5	382,3	504,8	786,0	1277,4	1927,4	1913,4	1600,5
Geschiedene	228,8	229,2	268,0	396,8	494,6	540,0	619,7	683,0	747,8	729,9	610,7	532,8
Verwitwete	2194,1	2208,4	2353,7	2763,9	2911,1	2605,8	2786,5	3101,4	3389,5	3333,2	2767,8	2348,8
NEL	91,0	92,5	96,7	129,8	142,7	155,0	199,6	272,0	400,5	592,0	580,4	505,7
Verheiratete	3476,3	3543,1	3643,7	4204,6	3966,4	3535,4	3691,6	3968,0	4202,1	3780,7	2989,4	2632,7
* zusammenlebend	3406,2	3472,1	3586,4	4128,9	3878,3	3441,2	3576,6	3831,1	4038,1	3621,2	2860,3	2519,5
* getrennt lebend	70,1	71,0	57,3	75,7	88,2	94,2	114,9	136,8	164,0	159,5	129,2	113,2
Insgesamt	6346,9	6430,0	6703,5	7871,4	7907,4	7218,5	7802,1	8810,4	10017,2	10363,4	8861,8	7620,6
<u>Männer</u>												
Ledige	56,9	60,0	87,5	151,7	198,3	216,1	287,0	455,3	756,3	1134,0	1087,6	890,5
Geschiedene	44,7	47,1	77,4	132,5	165,0	186,8	225,2	254,3	276,0	254,4	209,7	188,2
Verwitwete	311,4	326,6	483,1	609,9	655,3	584,3	620,9	685,9	740,1	698,7	559,2	478,3
NEL	45,5	47,8	56,1	79,1	88,7	97,6	127,2	172,5	255,8	380,5	375,6	325,1
Verheiratete	1914,9	2016,1	2178,3	2515,5	2385,4	2114,1	2198,0	2359,7	2483,4	2197,3	1717,8	1511,9
* zusammenlebend	1888,2	1988,1	2149,8	2471,8	2330,3	2053,3	2126,0	2275,3	2382,9	2103,1	1643,7	1447,0
* getrennt lebend	26,7	28,0	28,5	43,6	55,1	60,7	71,9	84,3	100,5	94,2	74,1	64,8
Insgesamt	2373,4	2497,6	2882,4	3488,6	3492,8	3198,9	3458,1	3927,7	4511,6	4664,8	3949,9	3393,9
<u>Frauen</u>												
Ledige	299,8	296,8	253,9	224,6	194,2	166,2	217,8	330,7	521,0	793,4	825,8	710,0
Geschiedene	184,1	182,1	190,6	264,3	329,6	353,1	394,5	428,7	471,7	475,5	401,0	344,6
Verwitwete	1882,7	1881,8	1870,6	2154,1	2255,7	2021,5	2165,6	2415,5	2649,4	2634,6	2208,6	1870,6
NEL	45,5	44,7	40,7	50,7	54,0	57,4	72,4	99,5	144,7	211,5	204,9	180,6
Verheiratete	1561,4	1527,0	1465,3	1689,1	1581,1	1421,3	1493,6	1608,3	1718,7	1583,5	1271,6	1120,9
* zusammenlebend	1518,0	1484,0	1436,6	1657,1	1547,9	1387,9	1450,6	1555,8	1655,2	1518,2	1216,5	1072,5
* getrennt lebend	43,4	43,0	28,7	32,1	33,1	33,4	43,0	52,5	63,5	65,3	55,1	48,4
Insgesamt	3973,5	3932,4	3821,1	4382,8	4414,6	4019,6	4344,0	4882,7	5505,6	5698,6	4911,9	4226,7

70- bis 79jährige nach der Familienstandsstruktur - in %

<u>Alle</u>	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ledige	5,5	5,1	4,8	5,0	5,3	6,5	8,9	12,8	18,6	21,6	21,0
Geschiedene	3,6	4,0	5,0	6,3	7,5	7,9	7,8	7,5	7,0	6,9	7,0
Verwitwete	34,3	35,1	35,1	36,8	36,1	35,7	35,2	33,8	32,2	31,2	30,8
NEL	1,4	1,4	1,6	1,8	2,1	2,6	3,1	4,0	5,7	6,5	6,6
Verheiratete	55,1	54,4	53,4	50,2	49,0	47,3	45,0	41,9	36,5	33,7	34,5
* zusammenlebend	54,0	53,5	52,5	49,0	47,7	45,8	43,5	40,3	34,9	32,3	33,1
* getrennt lebend	1,1	0,9	1,0	1,1	1,3	1,5	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<u>Männer</u>											
Ledige	2,4	3,0	4,3	5,7	6,8	8,3	11,6	16,8	24,3	27,5	26,2
Geschiedene	1,9	2,7	3,8	4,7	5,8	6,5	6,5	6,1	5,5	5,3	5,5
Verwitwete	13,1	16,8	17,5	18,8	18,3	18,0	17,5	16,4	15,0	14,2	14,1
NEL	1,9	1,9	2,3	2,5	3,1	3,7	4,4	5,7	8,2	9,5	9,6
Verheiratete	80,7	75,6	72,1	68,3	66,1	63,6	60,1	55,0	47,1	43,5	44,5
* zusammenlebend	79,6	74,6	70,9	66,7	64,2	61,5	57,9	52,8	45,1	41,6	42,6
* getrennt lebend	1,1	1,0	1,3	1,6	1,9	2,1	2,1	2,2	2,0	1,9	1,9
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<u>Frauen</u>											
Ledige	7,5	6,6	5,1	4,4	4,1	5,0	6,8	9,5	13,9	16,8	16,8
Geschiedene	4,6	5,0	6,0	7,5	8,8	9,1	8,8	8,6	8,3	8,2	8,2
Verwitwete	47,9	49,0	49,1	51,1	50,3	49,9	49,5	48,1	46,2	45,0	44,3
NEL	1,1	1,1	1,2	1,2	1,4	1,7	2,0	2,6	3,7	4,2	4,3
Verheiratete	38,8	38,3	38,5	35,8	35,4	34,4	32,9	31,2	27,8	25,9	26,5
* zusammenlebend	37,7	37,6	37,8	35,1	34,5	33,4	31,9	30,1	26,6	24,8	25,4
* getrennt lebend	1,1	0,8	0,7	0,8	0,8	1,0	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

80- bis 89jährige nach dem Familienstand - in 1000 Personen

<u>Alle</u>	MZ 1998	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ledige	119,0	132,6	175,2	207,6	197,0	219,9	219,6	218,2	294,8	475,5	782,9	1187,1
Geschiedene	67,1	74,7	108,4	135,1	158,7	240,7	293,2	327,7	379,4	429,3	484,2	484,1
Verwitwete	1479,5	1656,2	1968,6	2298,5	2428,5	2920,8	2912,2	2690,1	2923,8	3298,0	3647,7	3550,4
NEL	29,6	31,1	23,2	20,3	23,7	33,5	35,3	40,7	52,4	75,4	114,6	170,8
Verheiratete	642,6	668,3	726,6	835,3	879,7	1065,6	947,9	894,9	933,2	1053,6	1129,3	986,6
* zusammenlebend	614	637,1	707,3	820,8	866,0	1045,1	924,9	869,0	901,9	1014,6	1080,9	940,3
* getrennt lebend	28,6	31,2	19,2	14,5	13,7	20,5	23,0	25,9	31,3	39,0	48,4	46,2
Insgesamt	2337,6	2562,9	3002,0	3496,9	3687,7	4480,5	4408,1	4171,6	4583,6	5331,7	6158,7	6378,9
<u>Männer</u>												
Ledige	17,0	17,0	19,5	29,2	42,7	76,8	96,2	107,9	142,8	242,7	409,8	616,4
Geschiedene	10,6	10,6	15,3	23,4	38,7	66,5	79,7	93,5	110,5	132,7	149,6	142,9
Verwitwete	221,4	221,9	338,9	503,1	612,3	749,0	748,4	682,8	715,6	823,9	902,9	850,9
NEL	16,5	16,5	13,6	13,1	16,8	24,3	25,9	30,2	38,7	56,2	86,2	128,9
Verheiratete	436,1	436,3	477,2	582,8	630,1	761,9	679,0	639,6	656,0	751,7	802,7	692,3
* zusammenlebend	426,3	426,5	468,8	574,6	621,2	747,3	661,9	619,9	633,1	722,9	767,0	658,9
* getrennt lebend	9,8	9,8	8,3	8,2	8,8	14,6	17,1	19,7	22,9	28,8	35,7	33,4
Insgesamt	701,6	702,3	864,4	1151,7	1340,5	1678,5	1629,2	1554,0	1663,6	2007,2	2351,2	2431,5
<u>Frauen</u>												
Ledige	101,8	115,6	155,7	178,4	154,4	143,1	123,4	110,3	152,0	232,8	373,1	570,6
Geschiedene	56,5	64,1	93,1	111,7	120,1	174,2	213,5	234,2	268,9	296,5	334,6	341,2
Verwitwete	1258,1	1434,3	1629,7	1795,4	1816,1	2171,8	2163,8	2007,3	2208,2	2474,1	2744,8	2699,4
NEL	13,1	14,6	9,6	7,2	6,9	9,2	9,4	10,5	13,7	19,2	28,4	41,8
Verheiratete	206,5	232,0	249,4	252,5	249,7	303,7	268,9	255,3	277,2	301,9	326,6	294,3
* zusammenlebend	187,7	210,6	238,5	246,2	244,8	297,8	263,0	249,1	268,8	291,7	313,9	281,5
* getrennt lebend	18,8	21,4	10,9	6,3	4,9	5,9	5,9	6,2	8,4	10,2	12,6	12,8
Insgesamt	1636,0	1860,6	2137,6	2345,2	2347,2	2802,0	2778,9	2617,6	2920,0	3324,5	3807,5	3947,4

80- bis 89jährige nach der Familienstandsstruktur - in %

<u>Alle</u>	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ledige	5,2	5,8	5,9	5,3	4,9	5,0	5,2	6,4	8,9	12,7	18,6
Geschiedene	2,9	3,6	3,9	4,3	5,4	6,7	7,9	8,3	8,1	7,9	7,6
Verwitwete	64,6	65,6	65,7	65,9	65,2	66,1	64,5	63,8	61,9	59,2	55,7
NEL	1,2	0,8	0,6	0,6	0,7	0,8	1,0	1,1	1,4	1,9	2,7
Verheiratete	26,1	24,2	23,9	23,9	23,8	21,5	21,5	20,4	19,8	18,3	15,5
* zusammenlebend	24,9	23,6	23,5	23,5	23,3	21,0	20,8	19,7	19,0	17,6	14,7
* getrennt lebend	1,2	0,6	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,8	0,7
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<u>Männer</u>											
Ledige	2,4	2,3	2,5	3,2	4,6	5,9	6,9	8,6	12,1	17,4	25,4
Geschiedene	1,5	1,8	2,0	2,9	4,0	4,9	6,0	6,6	6,6	6,4	5,9
Verwitwete	31,6	39,2	43,7	45,7	44,6	45,9	43,9	43,0	41,0	38,4	35,0
NEL	2,3	1,6	1,1	1,3	1,4	1,6	1,9	2,3	2,8	3,7	5,3
Verheiratete	62,1	55,2	50,6	47,0	45,4	41,7	41,2	39,4	37,4	34,1	28,5
* zusammenlebend	60,7	54,2	49,9	46,3	44,5	40,6	39,9	38,1	36,0	32,6	27,1
* getrennt lebend	1,4	1,0	0,7	0,7	0,9	1,1	1,3	1,4	1,4	1,5	1,4
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<u>Frauen</u>											
Ledige	6,2	7,3	7,6	6,6	5,1	4,4	4,2	5,2	7,0	9,8	14,5
Geschiedene	3,4	4,4	4,8	5,1	6,2	7,7	8,9	9,2	8,9	8,8	8,6
Verwitwete	77,1	76,2	76,6	77,4	77,5	77,9	76,7	75,6	74,4	72,1	68,4
NEL	0,8	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	1,1
Verheiratete	12,5	11,7	10,8	10,6	10,8	9,7	9,8	9,5	9,1	8,6	7,5
* zusammenlebend	11,3	11,2	10,5	10,4	10,6	9,5	9,5	9,2	8,8	8,2	7,1
* getrennt lebend	1,2	0,5	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Ab 90jährige nach dem Familienstand - in 1000 Personen

<u>Alle</u>	MZ 1998	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ledige	21,0	35,4	30,8	30,6	45,1	50,2	46,4	55,6	52,6	56,6	90,1	145,9
Geschiedene	7,0	11,9	16,5	17,4	28,2	32,5	41,5	68,7	81,4	93,6	111,8	126,3
Verwitwete	237	399,4	513,7	472,3	607,1	690,3	769,6	997,9	913,6	937,4	1083,6	1245,8
NEL	4,8	7,3	0,4	0,3	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	1,0	1,4
Verheiratete	38,0	56,2	12,0	8,6	10,3	12,8	14,3	18,3	16,1	16,5	18,7	21,3
* zusammenlebend	34,2	50,2	11,2	8,2	10,0	12,4	14,0	17,6	15,4	15,7	17,6	19,8
* getrennt lebend	3,8	6,0	0,8	0,4	0,3	0,3	0,4	0,6	0,7	0,8	1,1	1,5
Insgesamt	307,5	510,2	573,4	529,3	691,0	786,0	872,2	1141,0	1064,3	1104,8	1305,2	1540,7
<u>Männer</u>												
Ledige	2,4	3,4	3,4	3,2	3,6	5,8	8,8	16,7	19,2	22,3	33,8	58,1
Geschiedene	1,0	1,4	2,0	2,1	2,9	4,5	8,1	13,7	15,4	19,3	24,1	28,1
Verwitwete	43,1	60,4	106,2	100,5	135,1	182,0	211,8	270,2	235,7	241,6	273,8	312,2
NEL	3,1	4,3	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3	0,5	0,5	0,6	0,9	1,3
Verheiratete	29,2	40,9	10,2	7,3	8,7	11,0	12,5	15,8	13,7	14,0	15,8	18,0
* zusammenlebend	27,6	38,7	9,7	7,0	8,5	10,8	12,1	15,2	13,1	13,3	14,9	16,7
* getrennt lebend	1,6	2,2	0,5	0,3	0,2	0,2	0,3	0,5	0,6	0,7	1,0	1,3
Insgesamt	78,8	110,4	122,0	113,3	150,6	203,5	241,4	316,9	284,4	297,9	348,4	417,6
<u>Frauen</u>												
Ledige	18,3	32,0	27,5	27,5	41,5	44,4	37,6	38,9	33,4	34,3	56,3	87,8
Geschiedene	6,0	10,5	14,5	15,3	25,3	28,0	33,4	55,0	66,1	74,4	87,7	98,2
Verwitwete	193,9	339,0	407,5	371,9	472,0	508,3	557,9	727,7	678,0	695,7	809,8	933,6
NEL	1,7	3,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Verheiratete	8,8	15,3	1,8	1,3	1,6	1,7	1,9	2,5	2,4	2,5	2,9	3,3
* zusammenlebend	6,6	11,5	1,5	1,2	1,5	1,7	1,8	2,4	2,3	2,4	2,7	3,1
* getrennt lebend	2,2	3,8	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Insgesamt	228,7	399,8	451,4	416,0	540,4	582,5	630,8	824,1	779,9	806,9	956,8	1123,1

Ab 90jährige nach der Familienstandsstruktur - in %

<u>Alle</u>	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ledige	6,9	5,4	5,8	6,5	6,4	5,3	4,9	4,9	5,1	6,9	9,5
Geschiedene	2,3	2,9	3,3	4,1	4,1	4,8	6,0	7,7	8,5	8,6	8,2
Verwitwete	78,3	89,6	89,2	87,9	87,8	88,2	87,5	85,8	84,8	83,0	80,9
NEL	1,4	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Verheiratete	11,0	2,1	1,6	1,5	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4
* zusammenlebend	9,8	1,9	1,5	1,4	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3
* getrennt lebend	1,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<u>Männer</u>											
Ledige	3,1	2,8	2,8	2,4	2,8	3,6	5,3	6,7	7,5	9,7	13,9
Geschiedene	1,3	1,6	1,9	1,9	2,2	3,3	4,3	5,4	6,5	6,9	6,7
Verwitwete	54,7	87,0	88,7	89,7	89,4	87,7	85,3	82,9	81,1	78,6	74,8
NEL	3,9	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Verheiratete	37,0	8,3	6,4	5,8	5,4	5,2	5,0	4,8	4,7	4,5	4,3
* zusammenlebend	35,1	7,9	6,2	5,6	5,3	5,0	4,8	4,6	4,5	4,3	4,0
* getrennt lebend	2,0	0,4	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<u>Frauen</u>											
Ledige	8,0	6,1	6,6	7,7	7,6	6,0	4,7	4,3	4,2	5,9	7,8
Geschiedene	2,6	3,2	3,7	4,7	4,8	5,3	6,7	8,5	9,2	9,2	8,7
Verwitwete	84,8	90,3	89,4	87,3	87,3	88,4	88,3	86,9	86,2	84,6	83,1
NEL	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Verheiratete	3,8	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
* zusammenlebend	2,9	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
* getrennt lebend	1,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 1998, 9. Koordinierte, Variante 2; J. Roloff, eigene Berechnungen

Anhang 1

Männer und Frauen in Deutschland nach der Familienstandsstruktur - Mikrozensus 1998

	Altersgruppe:												
<u>Männer</u>	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Ledig	31,8	20,1	13,6	9,2	7,0	6,3	4,9	3,4	2,6	2,1	2,4	2,4	3,0
Verheiratet - zus.	51,0	64,2	71,7	75,9	78,9	80,8	82,7	83,4	81,8	76,1	65,5	53,1	35,0
Verheiratet - getr.	2,0	2,7	2,6	2,6	2,4	2,1	1,6	1,1	1,0	1,3	1,2	1,8	2,0
Verwitwet	0,1	0,2	0,4	0,8	1,3	2,2	3,9	6,8	10,8	16,7	26,7	39,3	54,7
Geschieden	2,6	4,6	5,7	6,5	6,3	5,1	4,1	3,1	2,0	1,7	1,6	1,4	1,3
NEL	12,5	8,1	6,0	5,0	4,1	3,4	2,8	2,4	1,8	2,0	2,6	2,0	3,9
<u>Frauen</u>													
Ledig	17,6	10,9	7,4	5,4	3,9	4,0	4,5	5,8	7,5	7,6	6,4	5,9	8,0
Verheiratet - zus.	64,4	72,1	75,9	76,9	77,5	75,1	69,7	59,6	45,9	28,8	14,2	7,6	2,9
Verheiratet - getr.	2,5	2,6	2,4	2,3	1,8	1,6	1,3	1,0	1,1	1,1	1,2	1,1	1,0
Verwitwet	0,4	0,8	1,5	2,8	4,7	8,4	15,9	26,7	39,6	56,8	73,5	81,6	84,8
Geschieden	4,3	6,7	7,4	8,4	8,7	8,1	6,4	5,1	4,7	4,6	3,6	3,2	2,6
NEL	10,9	7,0	5,3	4,1	3,4	2,8	2,2	1,7	1,3	1,0	1,0	0,5	0,7

Datenquelle: Statistisches Bundesamt; 9. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2; J. Roloff, eigene Berechnungen

Männer und Frauen in nichtehelichen Lebensgemeinschaften nach der Familienstandsstruktur - Mikrozensus 1998

	Altersgruppe:												
<u>Männer</u>	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Ledig	87,9	69,9	50,0	40,1	32,6	30,6	24,4	20,0	12,0	13,8	11,6	20,8	3,2
Verheiratet - getr.	2,1	4,6	5,3	7,4	8,0	7,6	8,3	9,9	9,7	5,9	1,8	7,5	0,0
Verwitwet	0,1	0,6	1,1	2,8	5,6	11,2	23,2	36,1	57,7	56,9	73,2	58,5	74,2
Geschieden	9,8	24,9	43,5	49,8	53,8	50,6	44,1	34,1	20,6	23,4	13,4	13,2	22,6
<u>Frauen</u>													
Ledig	79,6	55,7	39,4	29,6	20,0	14,4	13,1	11,1	12,7	10,6	6,1	18,8	17,6
Verheiratet - getr.	2,9	6,3	5,8	5,7	4,7	4,9	7,6	2,8	2,9	6,1	0,0	3,1	0,0
Verwitwet	1,2	2,6	7,3	14,4	29,1	41,9	56,8	66,1	72,8	72,1	80,8	71,9	58,8
Geschieden	16,4	35,4	47,5	50,3	46,2	38,8	22,5	19,9	11,6	11,2	13,1	6,3	23,5

Datenquelle: Statistisches Bundesamt; 9. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2; J. Roloff, eigene Berechnungen

Anhang 2: Beispiel für die Hochrechnung der Frauen/Männer nach Familienständen

60- bis 64jährige Frauen

Eheschließende im Jahr 1998 je 100 des Familienstandes x:

Ledige	0,33660131
Geschiedene	1,47605309
Verwitwete	0,13497217

Geschiedene im Jahr 1998 je 100 Verheiratete: 0,1239811

Sterbewahrscheinlichkeit der 63- bis 67jährigen Männer¹⁾ (Abgekürzte Sterbetafel 1996/98):
0,10621506

60- bis 64jährige Frauen - 2010:

Insgesamt (in 1000) (9. Koordinierte):

2 372,5		<u>Familienstandsstruktur der Heute 55- 59jährigen des Jahre 2005:</u>	
davon:			dar. <u>der NEL</u>
Ledig	93,1	3,9	14,4
Geschieden	209,0	8,8	38,8
Verwitwet	236,5	10,0	41,9
NEL	75,6	3,2	-
Verheiratet	1 758,5	74,1	-
*zusammen	1 718,4	72,4	-
*getrennt	40,2	1,7	4,9
dar. in 100 % der Ehen:	2,3		

Geheiratet haben:

Ledige	0,3
Geschiedene	3,1
Verwitwete	0,3
Insgesamt	3,7

Geschieden wurden...Ehen: 2,2

Gestorbene Lebenspartner:

<u>NEL</u>	8,0
bei gleichen Anteilen wären dies:	
Ledig	1,2
Geschieden	3,1
Verwitwet	3,4
Verh. getrennt lebend	0,4
<u>Verheiratet</u>	186,8

Demnach wären von den 60- bis 64jährigen Frauen im Jahre 2010

	<u>in 1000</u>	<u>in %</u>
Ledig	93,9	4,0
Geschieden	211,2	8,9
Verwitwet	426,4	18,0
NEL	67,4	2,8
Verheiratet ²⁾	1 573,7	66,3
*zusammen	1 537,3	64,8
*getrennt	36,3	1,5
Insgesamt	2 372,5	

1) Hier und im folgenden wird ein Altersunterschied zwischen Männern und Frauen in den ehelichen und nichtehelichen Partnerschaften von durchschnittlich 3 Jahren angenommen

2) Es wird derselbe Anteil an getrennt lebenden Ehefrauen zugrunde gelegt.

60- bis 64jährige FrauenEheschließende im Jahr 1998 je 100 des Familienstandes x:

Ledige	0,33660131
Geschiedene	1,47605309
Verwitwete	0,13497217

Geschiedene im Jahr 1998 je 100 Verheiratete: 0,1239811Sterbewahrscheinlichkeit der 63- bis 67jährigen Männer¹⁾ (Abgekürzte Sterbetafel 1996/98):
0,10621506**60- bis 64jährige Frauen - 2040:**

Insgesamt (in 1000) (9. Koordinierte):

2 357,7Familienstandsstruktur der 55- 59jährigen des Jahres 2035:

davon:			dar. <u>der NEL</u>
Ledig	383,7	16,3	14,4
Geschieden	167,4	7,1	38,8
Verwitwet	262,3	11,1	41,9
NEL	216,2	9,2	-
Verheiratet	1 328,2	56,3	-
*zusammen	1 278,5	54,2	-
*getrennt	49,7	2,1	4,9

dar. in 100 (%) der Ehen: 3,7

Geheiratet haben:

Ledige	1,3
Geschiedene	2,5
Verwitwete	0,4
Insgesamt	4,1

Geschieden wurden...Ehen: 1,6

Gestorbene Lebenspartner:

<u>NEL</u>	23,0
bei gleichen Anteilen wären dies:	
Ledig	3,3
Geschieden	8,9
Verwitwet	9,6
Verh. getrennt lebend	1,1
<u>Verheiratet</u>	141,1

Demnach wären von den 60- bis 64jährigen Frauen im Jahre 2040

	<u>in 1000</u>	<u>in %</u>
Ledig	385,7	16,4
Geschieden	175,5	7,4
Verwitwet	412,6	17,5
NEL	193,2	8,2
Verheiratet ²⁾	1 190,7	50,5
*zusammen	1 145,0	48,6
*getrennt	45,7	1,9
Insgesamt	2 357,7	

80- bis 84jährige Männer

Eheschließende (ab 70jährige)¹⁾ im Jahr 1998 je 100 des Familienstandes x:

Ledige	0,19047619
Geschiedene	1,61764706
Verwitwete	0,37877481

Geschiedene im Jahr 1998 je 100 Verheiratete: 0,02076843

Sterbewahrscheinlichkeit der 77- bis 81jährigen Frauen (Abgekürzte Sterbetafel 1996/98):
0,22440816

80- bis 84jährige Männer - 2010:

Insgesamt (in 1000) (9. Koordinierte):

	816,0	<u>Familienstandsstruktur der 75- 79jährigen des Jahres 2005:</u>	
davon:			dar. <u>der NEL</u>
Ledig	21,4	2,6	13,8
Geschieden	16,7	2,0	23,4
Verwitwet	177,3	21,7	56,9
NEL	12,8	1,6	-
Verheiratet	587,8	72,0	-
*zusammen	580,3	71,1	-
*getrennt	7,5	0,9	5,9
dar. in 100 (%) der Ehen: 1,3			

Geheiratet haben:

Ledige	0,0
Geschiedene	0,3
Verwitwete	0,7
Insgesamt	1,0

Geschieden wurden...Ehen: 0,1

Gestorbene Lebenspartner:

<u>NEL</u>	2,9
bei gleichen Anteilen wären dies:	
Ledig	0,4
Geschieden	0,7
Verwitwet	1,6
Verh. getrennt lebend	0,2
<u>Verheiratet</u>	131,9

Demnach wären von den 80- bis 84jährigen Männern im Jahre 2010

	<u>in 1000</u>	<u>in %</u>
Ledig	21,8	2,7
Geschieden	17,2	2,1
Verwitwet	310,2	38,0
NEL	9,9	1,2
Verheiratet ²⁾	456,9	56,0
*zusammen	450,9	55,3
*getrennt	6,0	0,7
Insgesamt	816,0	

1) Die Anteile der ledigen, geschiedenen und verwitweten Eheschließenden ab 70 Jahre wurden den Anteilen der ledigen, geschiedenen und verwitweten Männern gleichen Alters gleichgesetzt. So beträgt der Anteil der 80- bis 84jährigen ledigen Männern an den ab 70 Jahre alten ledigen Männern insgesamt 13,8 %, die der geschiedenen Eheschließenden 12,1 % und die der verwitweten Eheschließenden 20,1 %.

80- bis 84jährige Männer

Eheschließende (ab 70jährige)¹⁾ im Jahr 1998 je 100 des Familienstandes x:

Ledige	0,19047619
Geschiedene	1,61764706
Verwitwete	0,37877481

Geschiedene im Jahr 1998 je 100 Verheiratete: 0,02076843

Sterbewahrscheinlichkeit der 77- bis 81jährigen Frauen (Abgekürzte Sterbetafel 1996/98):
0,22440816

80- bis 84jährige Männer - 2040:

Insgesamt (in 1000) (9. Koordinierte):

1 336,3

Familienstandsstruktur der 75- 79jährigen des Jahres 2035:

davon:

dar. der NEL

Ledig	178,1	13,3	13,8
Geschieden	85,2	6,4	23,4
Verwitwet	294,0	22,0	56,9
NEL	57,4	4,3	-
Verheiratet	721,6	54,0	-
*zusammen	694,5	52,0	-
*getrennt	27,5	2,0	5,9

dar. in 100 (%) der Ehen: 3,8

Geheiratet haben:

Ledige	0,3
Geschiedene	1,4
Verwitwete	1,1
Insgesamt	2,8

Geschieden wurden...Ehen: 0,1

Gestorbene Lebenspartner:

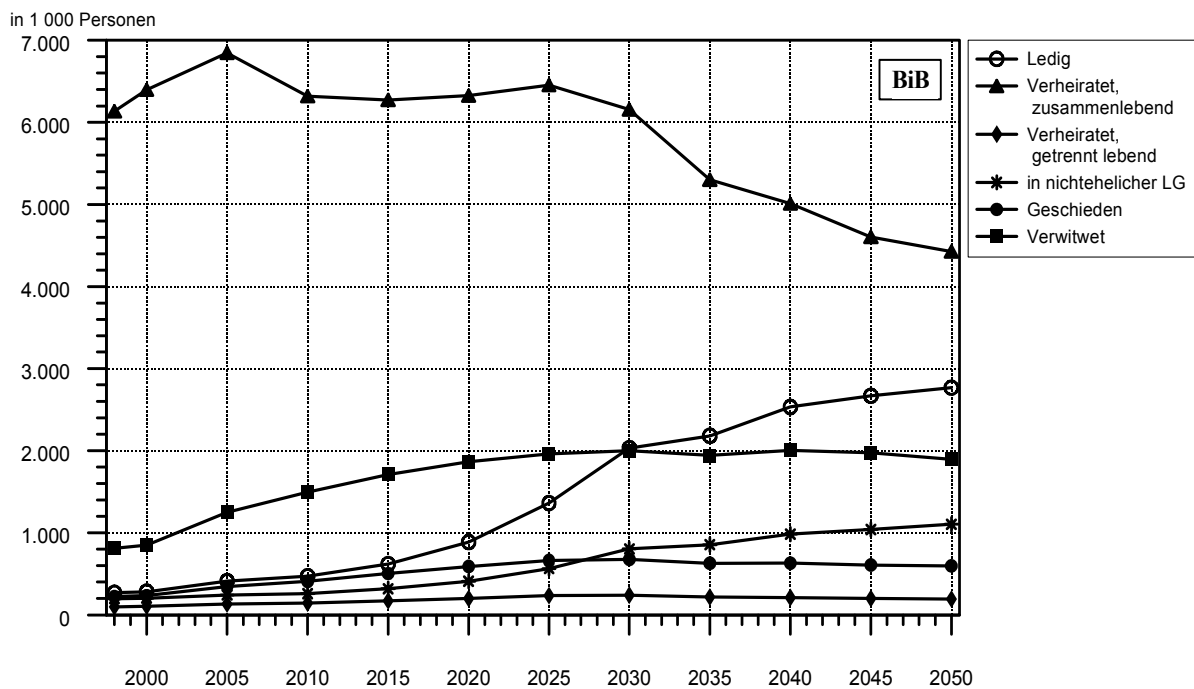
<u>NEL</u>	12,9
bei gleichen Anteilen wären dies:	
Ledig	1,8
Geschieden	3,0
Verwitwet	7,3
Verh. getrennt lebend	0,8
<u>Verheiratet</u>	161,9

Demnach wären von den 80- bis 84jährigen Männern im Jahre 2040

	<u>in 1000</u>	<u>in %</u>
Ledig	179,5	13,4
Geschieden	87,0	6,5
Verwitwet	462,1	34,6
NEL	44,5	3,3
Verheiratet ²⁾	563,1	42,1
*zusammen	541,2	40,5
*getrennt	21,9	1,6
Insgesamt	1 366,3	

Abbildung C:

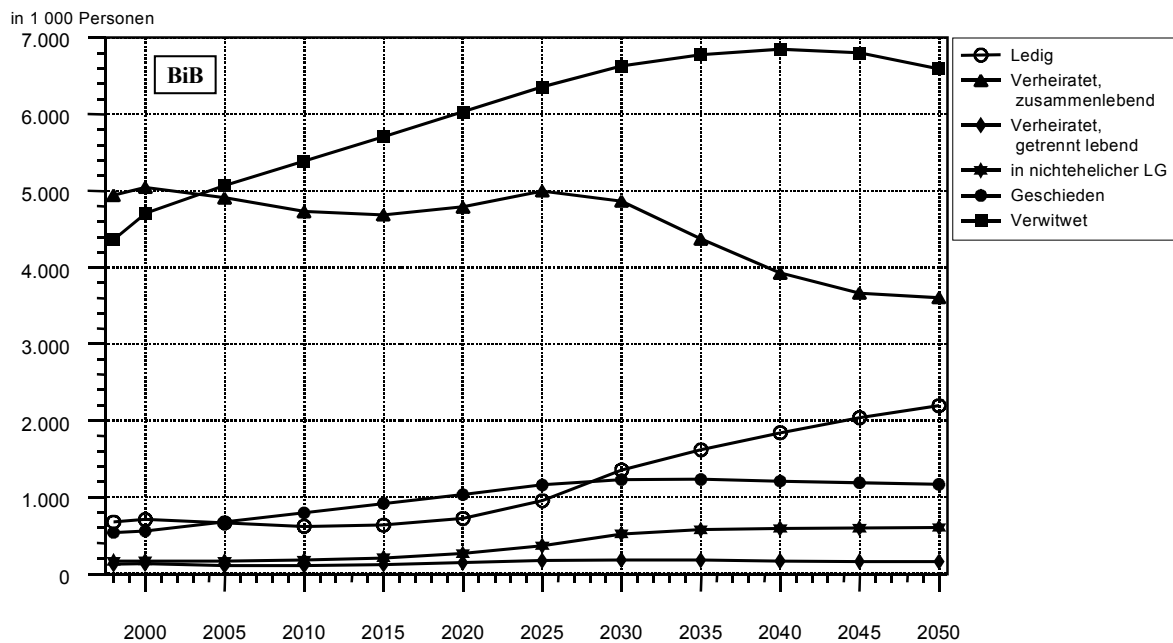
Ab 60-jährige Männer in Privathaushalten nach dem Familienstand von 1998 bis zum Prognosejahr 2050



Datenquelle: Mikrozensus 1998; J. Roloff, eigene Vorausberechnungen

Abbildung D:

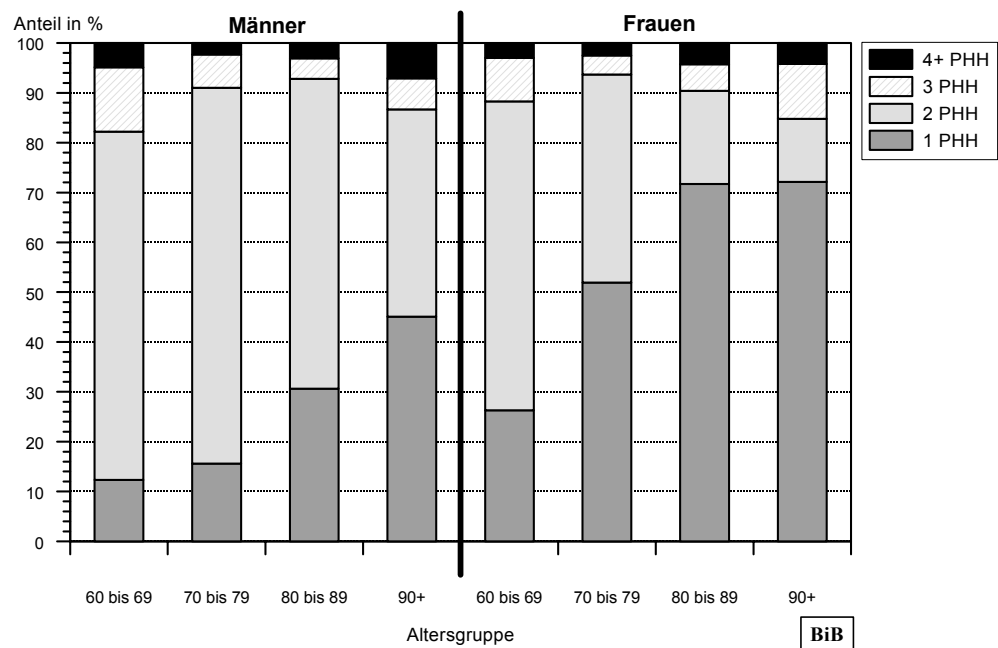
Ab 60-jährige Frauen in Privathaushalten nach dem Familienstand von 1998 bis zum Prognosejahr 2050



Datenquelle: Mikrozensus 1998; J. Roloff, eigene Vorausberechnungen

Abbildung E:

Haushaltsstrukturen der ab 60-jährigen Männer und Frauen in Deutschland 1999



Datenquelle: Mikrozensus 1999; J. Roloff, Vorausberechnungen

Tabelle 1:Haushaltsstrukturen der ab 60-Jährigen in Deutschland 1999

	ab 60 Jährige		60 bis 69		70 bis 79		80 bis 89		90+	
	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%	Pers.	%
<u>Ledige</u>										
1 PHH	7 730	80,2	3 704	80,5	3 023	81,0	859	77,2	144	73,5
2 PHH	1 345	14,0	663	14,4	498	13,3	159	14,3	25	12,8
3 PHH	365	3,8	153	3,3	143	3,8	47	4,2	22	11,2
4 u.m. PHH	201	2,1	81	1,8	68	1,8	47	4,2	5	2,6
Insgesamt	9 641	100,0	4 601	100,0	3 732	100,0	1 112	100,0	196	100,0
<u>Verheiratete</u>										
1 PHH	1 971	1,7	1 065	1,4	664	1,8	224	3,6	18	4,5
2 PHH	98 930	84,1	60 029	80,9	32 956	89,4	5 607	90,3	338	85,1
3 PHH	12 652	10,8	9 815	13,2	2 542	6,9	265	4,3	30	7,6
4 u.m. PHH	4 089	3,5	3 268	4,4	697	1,9	113	1,8	11	2,8
Insgesamt	117 642	100,0	74 177	100,0	36 859	100,0	6 209	100,0	397	100,0
<u>Verwitwet</u>										
1 PHH	43 032	83,5	10 206	81,4	19 486	86,2	11 540	82,5	1 800	74,7
2 PHH	4 577	8,9	1 571	12,5	1 776	7,9	1 006	7,2	224	9,3
3 PHH	1 921	3,7	380	3,0	529	2,3	760	5,4	252	10,5
4 u.m. PHH	1 993	3,9	376	3,0	806	3,6	678	4,8	133	5,5
Insgesamt	51 523	100,0	12 533	100,0	22 597	100,0	13 984	100,0	2 409	100,0
<u>Geschieden</u>										
1 PHH	7 140	88,5	4 325	87,8	2 169	90,7	589	87,9	57	73,1
2 PHH	669	8,3	457	9,3	151	6,3	51	7,6	10	12,8
3 PHH	155	1,9	94	1,9	36	1,5	19	2,8	6	7,7
4 u.m. PHH	103	1,3	52	1,1	35	1,5	11	1,6	5	6,4
Insgesamt	8 067	100,0	4 928	100,0	2 391	100,0	670	100,0	78	100,0
<u>Nichteheliche LG</u>										
1 PHH	4	0,1	1	0,0	2	0,2	1	0,4	0	0,0
2 PHH	3 477	93,1	2 160	91,2	1 018	96,4	276	97,2	23	95,8
3 PHH	189	5,1	160	6,8	28	2,7	1	0,4	0	0,0
4 u.m. PHH	63	1,7	48	2,0	8	0,8	6	2,1	1	4,2
Insgesamt	3 733	100,0	2 369	100,0	1 056	100,0	284	100,0	24	100,0
<u>Alle</u>										
1 PHH	59 877	31,4	19 301	19,6	25 344	38,0	13 213	59,4	2 019	65,0
2 PHH	108 998	57,2	64 880	65,8	36 399	54,6	7 099	31,9	620	20,0
3 PHH	15 282	8,0	10 602	10,8	3 278	4,9	1 092	4,9	310	10,0
4 u.m. PHH	6 449	3,4	3 825	3,9	1 614	2,4	855	3,8	155	5,0
Insgesamt	190 606	100,0	98 608	100,0	66 635	100,0	22 259	100,0	3 104	100,0

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 1999; J. Roloff, eigene Berechnungen